Encyclographie

DES

SCIENCES MÉDICALES.

Encyclographie

DES

SCIENCES MÉDICALES.

RÉIMPRESSION GÉNÉRALE

DES

OUVRAGES PÉRIODIQUES, SUR CES SCIENCES, PUBLIES EN FRANCE

SAVOIR :

JOURNAL DES CONNAISSANCES MEDICALES;
ANNALES DE MÉDECINE PHYSIOLOGIQUE, DE M. BROUSSAIS;
BIBLIOTHÈQUE HOMOEOPATHIQUE;
ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE;
REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE;
TRANSACTIONS MÉDICALES;
JOURNAL UNIVERSEL ET HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES, ETC.;
JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES;
GAZETTE MÉDICALE;
LA LANCETTE, GAZETTE DES HOPITAUX;
ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE MÉDECINE LÉGALE;
BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE ET CHIRURGICALE;
JOURNAL DE PHARMACIE ET DES SCIENCES ACCESSOIRES;
JOURNAL DE CHIMIE MÉDICALE, DE PHARMACIE ET DE TOXICOLOGIE;
BROCHURES, MÉMOIRES, THÈSES, ETC.

TOME QUATORZIÈME.

Bruxelles,

ÉTABLISSEMENT ENCYCLOGRAPHIQUE, QUAI AU FOIN, N° 33.

1833.

JOURNAL

DES

CONNAISSANCES MÉDICALES.

SEPTEMBRE, 1833.

MÉDECINE.

—

Nouvelles considérations sur la pustule d'alep (*pyrophlictis endemica*), par M. le baron ALIBERT, professeur à la Faculté de médecine, médecin en chef de l'hôpital Saint-Louis.

La maladie éruptive vulgairement connue sous les noms de pustule d'Alep, pustule de Bagdad, pustule de Bassora, excite singulièrement la curiosité. Il n'est pas de voyageur dans les contrées où elle est endémique qui ne s'étonne de ses phénomènes, et qui n'en tienne note dans ses relations. On cherche depuis long-temps à s'éclairer sur cette affection singulière, dont les accidens sont inexplicables, et qui paraît néanmoins prendre son rang dans le groupe des dermatoses eczémateuses, à côté de la pustule maligne, ou pustule dite de Bourgogne, si bien décrite par Thomassin, Enaux et Chaussier, ou la pustule de Hongrie, dont on doit l'histoire à M. Schraud. Le célèbre John Russel est du reste le médecin qui s'est la plus occupé du bouton d'Alep.

Dans un moment où les endémies fixent les regards de tant d'observateurs, où tous les esprits se dirigent vers l'étude particulière de l'action des climats et des influences atmosphériques, à une époque surtout où les phlyzacies, les cnidosies ou urticaires, les épinyélides, se sont montrées avec tant de fréquence, tout ce qui se rapporte à la théorie des dermatoses peut intéresser les lecteurs de ce journal; c'est ce qui nous détermine à consigner ici quelques lignes sur la pustule d'Alep. Non-seulement j'ai eu occasion d'observer par moi-même la pustule dont il s'agit sur deux individus qui avaient séjourné long-temps sur les rives du Tigre et de l'Euphrate; mais un de mes plus studieux élèves, qui pratique notre art en Syrie, m'a communiqué des faits dont j'ai déjà publié les résultats, du moins en partie, dans ma Monographie des dermatoses. J'ai, en outre, donné naguère mes soins à un jeune étranger qu'on élève dans l'un des colléges de Paris, pour la cicatrice indélébile de la plus bizarre des éruptions. Cette cicatrice a beaucoup d'étendue; elle a pour ainsi dire labouré une grande portion du tégument. Cet élève a trois sœurs stigmatisées comme lui, mais dans d'autres parties de la peau. Il a de plus un jeune frère chez lequel la pustule était encore en pleine vigueur le jour où il me fut présenté.

M. le docteur Guilhou de Cahors, digne compagnon de voyage de notre honorable collègue M. Pariset, a soutenu récemment une fort bonne thèse sur cette dermatose déjà décrite par moi sous le nom de pyrophlictis endemica. Les détails fournis par ce jeune observateur offrent le plus grand intérêt, et je saisis avec empressement cette occasion pour rendre une éclatante justice à son excellent travail.

Il est donc constant que dans les pays d'Alep, de Bagdad, de Bassora, etc., des individus sans nombre se trouvent atteints de cette espèce d'éruption; dans tous les lieux publics, dans les marchés, sur les grandes routes, on ne cesse de rencontrer des personnes plus ou moins défigurées par ce mal formidable; les femmes surtout qui portent ces disgracieuses cicatrices ont grand soin de les dissimuler à l'aide de leur longue chevelure, qu'elles font descendre des deux côtés de leurs joues.

La pustule d'Alep attaque les étrangers aussi bien que les indigènes; personne n'est à l'abri de ses sinistres atteintes, hommes, femmes, enfans, les pauvres dans leurs chaumières, les riches dans leurs palais, tout le monde paie ce fatal tribut. On dirait qu'il suffit d'avoir respiré l'air de ces funestes contrées pour en contracter le germe et pour devenir désormais susceptible de la voir éclore sur soi partout où l'on va, souvent même après un long espace de temps. Quelquefois des hommes ne font que traverser ce pays; après peu de jours, ils partent, et de retour dans leur foyers, ils aperçoivent le point rudimentaire de la fatale pustule. Je connaissais déjà l'histoire d'un ancien consul dans le Levant, qui, ayant obtenu sa retraite depuis plus de vingt ans, vivait tranquillement à Paris, sans avoir jamais rien ressenti dans le pays qu'il avait jadis habité. Il fut fort surpris de voir arriver dans sa vieillesse la pustule qui suivit régulièrement ses périodes. On peut rapprocher de ce fait curieux les deux cas que cite M. le docteur Guilhou. « Un voyageur anglais, dit-il, qui n'avait fait que passer par Alep, éprouva, un certain nombre d'années après, à Londres où il faisait sa résidence, une éruption cutanée, dont lui-même et les plus habiles médecins ignoraient la nature. Rebelle à tous les traitemens, l'ulcère donnait beaucoup d'inquiétude au malade, lorsqu'on réclama les soins du docteur Russell, alors octogénaire, qui reconnut le bouton tant observé par lui, en prédit la marche, la durée et la terminaison; ce

que l'événement justifia. M. Guilhou fait aussi mention d'un négociant français, qui, ayant habité plus de vingt ans Alep, en fut atteint à Marseille et longtemps après son retour de Syrie.

Toutes les parties du tégument sont du domaine de cette pustule, mais plus le siége qu'elle occupe est charnu et humide, plus elle acquiert d'étendue. Lorsqu'elle attaque l'œil, il est rare que le malade puisse conserver cet organe; heureusement qu'elle se borne d'ordinaire au sourcil. Elle marque fortement le nez, sans prolonger ses ravages et sans intéresser l'os ethmoïde. Elle peut quelquefois en coroder les ailes, comme il arrive dans l'esthioméne serpigineux (esthiomenos repens). La pustule d'Alep est surtout d'un tourment insupportable, quand elle se place sur les lèvres du patient, parce qu'elle l'empêche de rire et de manger.

On croit avoir recueilli assez de faits pour démontrer qu'en général les étrangers sont attaqués dans les membres, tandis que les naturels du pays le sont toujours au visage. On a voulu en donner une preuve récente en citant l'évêque que nous avons à Bagdad, et qui vient d'en être atteint au petit doigt, précisément à celui où les prélats portent l'anneau épiscopal. Malgré cet exemple, on peut dire qu'une assertion aussi vague est journellement démentie par l'observation. Nous avons vu arriver à Paris toute une famille française, dont trois filles et deux garçons, lesquels avaient éprouvé le bouton à la face. On connaît pareillement l'épouse d'un ancien envoyé, qui a été attaquée au bout du nez. C'est certainement une distinction bizarre que celle qui a été faite dans ce pays des boutons mâles et des boutons femelles. Tout se réduit à dire que la pustule d'Alep est tantôt unique, tantôt multiple. On dit que la pyrophlictide est mâle quand le pus qui en résulte ne s'échappe que par une seule ulcération; mais on est aussi convenu de l'appeler pustule femelle, si son évacuation s'effectue par plusieurs points, et si on voit s'établir sur le tégument comme un assemblage de plusieurs pustules. Dans le deuxième cas, le bouton d'Alep offre par fois l'aspect du furoncule guépier (furunculus vespajus), souvent entouré de petits furoncules secondaires, qu'on pourrait appeler ses satellites.

Le bouton d'Alep met d'ordinaire un an pour parcourir ses périodes; parfois il dépasse ce terme. Il attaque souvent les enfans; mais on assure qu'il ne se montre jamais chez ceux qui sont encore à la mamelle. Au surplus, la pustule est plus grave dans l'âge adulte que dans les premiers temps de la vie.

On a voulu établir une différence entre la pustule d'Alep et la pustule de Bagdad; cette différence n'existe pas, à moins qu'elle ne se prenne d'une plus grande activité dans l'inflammation qui caractérise cette dernière; encore faut-il que ce résultat se confirme par un plus grand nombre d'observations.

Voici, du reste, comment il faut décrire cette endémie: elle commence ordinairement par un point rosé, qui s'élève et devient plus rouge à mesure qu'il fait des progrès. Après quelques jours d'inertie et d'indolence, ce point devient un peu douloureux à la pression. Bientôt commence une suppuration qui, s'effectuant à l'air libre, donne lieu à la formation d'une croûte humide, semblable à une coquille par ses bords, et laissant jaillir par ses crevasses une humeur encore assez limpide, mais qui tache le linge d'un jaune insensiblement caractérisé. Vers le sixième mois, toute cette croûte tombe d'elle-même et découvre une plaie purulente autant que fétide; elle se recompose assez rapidemment sous la même forme, et laisse toujours échapper, par les bords seulement, la sécrétion périodique de l'ulcère, qui a alors acquis toute sa force. On peut compter jusqu'à cinq ou six chutes de croûtes, qui s'opèrent à peu près de trois semaines en trois semaines. Le pus n'est jaune que quand l'inflammation est très-active; dans le cas contraire, il est grisâtre. Il faut quelquefois plus d'une demi-année pour accomplir cette période; ensuite le bouton décline graduellement jusqu'à une entière guérison qu'aucun moyen thérapeutique ne saurait hâter.

La pustule ayant terminé sa révolution, la peau se nettoie; mais elle demeure déprimée et rouge, puis elle pâlit et reprend sa couleur normale. Parlerons-nous de la cicatrice? Le tégument, tel que je l'ai vu, était couvert de rugosités et traversé de quelques lignes proéminentes qui faisaient paraître la peau comme gauffrée. Quelques personnes inexpérimentées auraient pu prendre ces altérations physiques comme le résultat d'une brûlure, à l'exception que, dans ce dernier cas, la peau conserve une sensibilité plus vive.

Voilà la description abrégée de la pustule d'Alep. Mais lorsqu'elle se complique d'un vice scrophuleux déjà existant dans l'économie, lorsqu'elle sévit sur des sujets atteints d'une faiblesse radicale du système lymphatique, elle prolonge sa durée; elle forme ce qu'on appelle un ulcère mixte. Ce n'est plus l'allure accoutumée d'une phlegmasie plus ou moins ardente dans la propre substance de l'appareil tégumentaire, c'est une inflammation très-lente, comme je l'ai particulièrement observé chez l'un des enfans mentionnés plus haut, et qui ont séjourné plusieurs années dans une maison d'éducation à Paris.

La pyrophlictide endémique a une sorte de ressemblance avec les exanthèmes; elle ne récidive guère; elle ne se montre qu'une fois, comme la variole. Elle présente néanmoins cette différence, que, selon la juste remarque de John Russell, elle ne produit jamais par le moyen du contact une maladie semblable à elle-même. Elle n'est donc pas contagieuse.

Je n'en sais pas davantage sur cette phlegmasie spécifique, qui se maintient depuis si long-temps dans les mêmes lieux et par des circonstance physiques qu'on n'a point encore bien appréciées. Les habitans s'accordent assez pour la rapporter à la qualité pernicieuse des eaux dont on fait usage. M. le docteur Guilhou a publié les considérations les plus intéressantes sur cette étiologie; il a recueilli avec beaucoup de soin toutes les probabilités qui militent en sa faveur. L'examen particulier qu'il a fait du cours sinueux qu'affecte la petite rivière du Coiq et des eaux bourbeuses qu'elle charrie explique très-bien, ce nous semble, pourquoi la maladie se montre dans certains lieux et ne paraît jamais dans d'autres. Il sera peut-être utile qu'on fasse un jour des recherches nouvelles sur ce singulier principe, qui donne lieu au développement du bouton d'Alep ou de Bagdad.

Il y a un rapprochement à faire entre la pustule dont nous traitons et la pustule maligne de nos contrées européennes; l'une et l'autre peuvent attaquer certains animaux domestiques. M. Guilhou affirme que les chiens sont susceptibles de la contracter. Il serait curieux de confirmer si, par ses rapports d'organisation avec l'homme, le singe, comme nous l'avons entendu dire, pourrait avoir le même sort.

On éprouve le plus grand embarras, quand il s'agit de déterminer le traitement qui convient à la pustule d'Alep. A cet égard, rien n'est encore découvert. Les médecins expérimentateurs ont mis à contribution toutes les méthodes ; mais la nature, interrogée par divers procédés, est restée muette sur ce point comme sur beaucoup d'autres. On observe que la cicatrice est plus régulière, lorsqu'on s'abstient de la couvrir d'emplâtres et autres remèdes conseillés par un aveugle empirisme. Mon élève vit a Bassora une jeune dame qui, pour avoir fait usage d'un topique préconisé dans son pays, perdit le plus beau visage du monde.

Il est donc constaté de nos jours que, quel que soit le genre de médication que l'on emploie, la pustule marche, et qu'elle met d'ordinaire l'espace d'un an pour accomplir sa révolution. Naguère le vice-roi de Bagdad promit une grande récompense à un médecin anglais, s'il parvenait à guérir une des plus belles femmes de son sérail, qui s'en trouvait atteinte, et à laquelle il était tendrement attaché ; celui-ci fit mille tentatives, épuisa toutes ses recettes et n'eut pas le moindre succès. Dans une matière aussi obscure, je me borne donc à l'exposition des faits qui sont parvenus à ma connaissance. A l'aspect de tant de phénomènes surprenans, on peut dire comme Pline : Scrutare tu causas, potes enim, quæ tanta miracula efficiunt; mihi abunde erit, si satis expressero quid afficitur.

Baron Alibert.

Du sulfate de quinine à haute dose dans le traitement des engorgemens de la rate. Par M. Bally, de l'Académie royale de médecine, médecin de l'Hôtel-Dieu de Paris.

On ne se douterait pas qu'en médecine, il y a du faire et du savoir-faire. Il ne suffit pas dans cet art si grave, où tant de vampires s'alimentent des dépouilles des observateurs désintéressés, il ne suffit pas de trouver, après de laborieuses recherches, un excellent procédé, de reconnaître l'action réelle et positive d'un médicament, il faut encore emboucher toutes les trompettes de la renommée. Si vous négligez ce savoir-faire, que les audacieux connaissent si bien, votre découverte demeure inaperçue, ou bien les ambitieux s'en emparent et les mauvais esprits la dénaturent.

Ces tristes réflexions se présentent assez naturellement à l'occasion de l'emploi de certaines substances médicamenteuses, de la quinine, par exemple.

Indépendamment du fait général qui place, à juste titre, la propriété fébrifuge des quinquinas dans un de leurs matériaux immédiats, la thérapeutique a fait un autre progrès ; je veux parler de la guérison certaine du splénocèle ou tréméfactus de la rate : résultat positif que je signalai dès les premiers temps de l'emploi de la quinine. M. Double fut le premier médecin qui essaya l'action de ce médicament contre les affections périodiques. Beau-frère de M. Pelletier, il fut à portée de connaître et d'apprécier de bonne heure la découverte que ce chimiste venait de faire. Presque aussitôt, M. Chomel et moi, nous publiâmes nos recherches sur l'emploi de la quinine dans les maladies de l'homme, pendant que M. Magendie étudiait son action sur les animaux et en démontrait l'inocuité.

On reconnut donc de suite que cet alcaloïde était le plus sûr de tous les spécifiques contre les maladies à accès périodiques. L'opinion des médecins dans les deux mondes fut identique à cet égard ; aussi les chimistes de Paris, et surtout les célèbres inventeurs du médicament, suffisaient à peine à sa fabrication et aux envois même dans l'Amérique. Après la découverte de la quinine, la connaissance des quantités auxquelles on devait l'employer était la plus importante. Je ne tardai pas à démontrer que son emploi se faisait avec trop de timidité ; j'en donnai des doses qui étonnaient et qui étonnent encore; et, en 1821, j'en pris moi-même au fort de Bellegarde, dans les Pyrénées, des quantités considérables, pour me délivrer d'une fièvre quotidienne rémittente qui m'était restée à la suite de la fièvre jaune que j'avais essuyée à Barcelone. Mais bientôt les hommes à théorie vinrent embrouiller cette question de fait ; on s'écria que la quinine irritait, agaçait, enflammait et surtout qu'elle donnait des obstructions à la rate. A ces assertions trop absolues ou fausses, opposons le témoignage d'observations constantes que tous les médecins sont en mesure de vérifier.

Il est à remarquer qu'avant les assertions des systématiques, le vulgaire avait déjà considéré la quinine comme un poison redoutable, et que quelques consciences timorées avaient proclamé que deux ou quatre grains remplissaient toutes les indications. A cela, je répondais que deux ou quatre grains par jour suffisaient pour guérir une fièvre qui aurait trouvé son spécifique dans les puissances vitales seules, guérison spontanée si commune à Paris. J'ajoutai d'ailleurs qu'en négligeant ainsi d'arrêter avec promptitude une fièvre intermittente, on fournissait des armes à la maladie, qui s'enracinait de plus en plus au moyen de lésions organiques, consécutives, qu'on donnait le temps aux complications de se former, au caractère insidieux de se mettre de la partie, et enfin qu'en temporisant ainsi, on finissait par ne pouvoir plus l'extirper. Les faits nombreux que j'ai constatés justifient de la vérité de ces réflexions.

Toutefois, dans cet article, il ne s'agit pas du traitement des fièvres d'accès, il s'agit d'une question plus obscure et non moins intéressante, de la question des obstructions de la rate, de cette intumescence que j'ai désignée sous le nom de splénocèle.

Voyez encore jusqu'où le préjugé emporte les hommes ! Le quinquina (et la quinine, par conséquent), administré trop tôt, donne des obstructions, ont avancé les anciens.

Le quinquina et la quinine donnent les obstructions, disent encore quelques écrivains modernes. Le quinquina et la quinine donnent des obstructions ! répète à l'envi ce peuple de commères qui entoure les malades. Mais si la quinine donne des obstructions, elle ne les guérit certes pas, ou si elle les guérit, à coup sûr elle ne les donne point. Ce dilemne me semble rigoureux ; il faut donc choisir et s'arrêter à l'une des deux propositions ; voyons :

Pour celui qui aurait étudié seulement d'une manière superficielle la question, il ne serait pas difficile de voir que les cultivateurs qui résident dans le voisinage des marais ont tous les ans une fièvre d'accès, et que l'habitude, la prolongation, ainsi que la fréquence de ses fièvres, laissent à presque tous des intumescences volumineuses vers l'hypocondre gauche ; et cependant ils n'ont pris, pour la plupart, ni un atome de quinquina ni un atome de quinine ; c'est donc la fièvre elle-même ou l'état morbide

qu'elle représente, avec l'appareil de ses symptômes, qui développe cette lésion organique.

A mon sens, la rate est le point de départ des fièvres intermittentes, c'est à la perversion de ses fonctions qu'est due leur forme périodique, c'est en un mot sur ce viscère que s'exerce tout le travail des phénomènes morbides; par conséquent, c'est cet organe qui doit en ressentir les effets et les manifester. Or, l'expression de la lésion de la rate, dans les fièvres d'accès, c'est l'intumescence ou l'obstruction.

Je sais bien que quelques phthisies, quelques lésions nerveuses, certains désordres des reins ou de la vessie, etc., donnent à l'appareil des symptômes fébriles une forme intermittente ou rémittente; mais ce n'est pas là une vraie fièvre périodique, et ici nous ne parlons que des fièvres intermittentes légitimes. Ces principes posés, voici comment je procède, toutes les fois qu'une intumescence de la rate ou splénocèle se présente dans ma division à l'Hôtel-Dieu :

Je propose, comme je le faisais autrefois à la Pitié, à Cochin, à Bicêtre, à Saint-Louis, partout où j'ai été chargé d'un service, le problème suivant :

Un splénocèle étant donné, quel que soit son volume, trouver, par une méthode sûre, le moyen de le faire disparaître en moins de quinze jours. Les faits nombreux que j'ai rassemblés m'ont démontré que le sulfate de quinine est le seul moyen que la médecine possède contre cette espèce de lésion organique : toutefois ce n'est pas en agissant en aveugle qu'on parvient à ce résultat. Si des indications positives ne fixent pas les circonstances dans lesquelles on doit employer la quinine, si les doses de cet agent curatif ne sont pas exactement déterminées, si, enfin, on l'administre indistinctement dans tous les cas, malgré la présence de certaines contre-indications, c'est sur le compte des vices de son administration et non sur l'efficacité du remède qu'on doit mettre son insuffisance ou son danger.

Parmi les indications principales qui font recourir au sulfate de quinine contre le splénocèle, la suivante est la source de toutes les autres, la voici : c'est que l'intumescence de la rate soit l'effet d'une fièvre intermittente. Si la lésion organique dépend d'une dégénérescence tuberculeuse, cartilagieuse, ou de la présence de kystes, d'hydatides, etc., les préparations de quinquina ne sont plus applicables ou cessent d'être un spécifique.

Les fièvres intermittentes n'occasionent point communément de pareils désordres; ceux qu'elles semblent produire sont très-accessibles aux moyens de l'art. L'intumescence qui s'empare quelquefois de la moitié de l'abdomen n'est qu'un simple engouement. Autant qu'on peut le conjecturer, il est probable qu'il se forme ainsi : les accès trop répétés pervertissent les fonctions de la rate et provoquent un abord exagéré de sang dans ce viscère spongieux. La distension fréquente de cet organe finit par l'empêcher de revenir sur lui-même, en détruisant son élasticité. C'est alors qu'éclate le splénocèle, d'autant plus volumineux, que la fièvre a été plus longue et la distension de la rate plus soutenue ou plus renouvelée.

D'après cette théorie, le sulfate de quinine agirait en rétablissant l'équilibre dans les fonctions troublées; il opérerait enfin dans le sens de la guérison comme la fièvre agit dans le sens de l'engouement.

Le mode d'administration doit être, comme dans toute autre maladie, proportionné aux diverses circonstances d'âge, de sexe, à la susceptibilité particulière des personnes auxquelles on s'adresse. Il est bon de faire observer néanmoins que l'estomac des personnes à rate volumineuse offre plus de tolérance que celui des autres individus.

Chez les adultes, on peut débuter par 8 à 10 grains toutes les huit heures, et s'élever progressivement à 48 ou 60 par jour, si la résistance est considérable. Il est de règle de diminuer brusquement les doses aussitôt que la tuméfaction commence à perdre de son volume.

J'ai, par ce procédé, fait disparaître, dans l'espace d'une semaine, le développement anormal de la rate. On a même vu l'ascite, entretenue par cet organe ainsi dégénéré, disparaître peu à peu, à mesure que la cause s'effaçait.

La méthode est sûre, puisque souvent, dès les deux ou trois premiers jours du traitement, on voit diminuer l'étendue de la rate; elle est sûre, puisqu'elle est fondée sur une multiplicité de faits authentiques; elle est sûre, puisque je n'ai jamais vu survenir d'accidens à la suite d'une administration si hardie.

Toutefois, il est juste de dire qu'une lésion particulière de l'estomac, une phlegmasie chronique ou aiguë bien démontrée, un squirre, un cancer, contre-indiquent l'emploi du sulfate de quinine, mais c'est là des exceptions que le praticien doit savoir saisir ou reconnaître. BALLY.

CHIRURGIE.

Sur l'Odontalgie ou mal de dents.

Si l'on réfléchit sur l'utilité des dents, on concevra facilement que les hommes ont dû de tous les temps s'occuper de leur conservation. L'histoire nous apprend que les Hébreux y attachaient tant de prix, que celui qui, par quelques sévices, en détruisait une à son prochain, encourait la peine du talion. Elle rapporte aussi qu'il était défendu jadis à un musulman de se faire ôter une dent sans en avoir obtenu la permission de l'autorité.

Nul de nos organes ne sont plus exposés à éprouver des affections morbides, soit par leur position, leurs usages et leur organisation intime; l'impression du chaud, du froid, les chocs, l'usure, sont autant des causes qui tendent continuellement à les détruire; peut-être que les souffrances dont elles sont si souvent le siége sont les premières que l'humanité ait éprouvées, et contre lesquelles on aura dû chercher de remèdes; malheureusement, pour bien des cas, ils sont encore à trouver; et, il faut le dire à regret, les nombreuses préparations, sans en excepter une seule, annoncées avec tant d'effronterie comme devant guérir toujours d'une manière radicale, et que le public achète à grands frais, ne profitent réellement qu'à leurs auteurs. Le mal qu'on désigne généralement sous le nom de mal de dents, dépend souvent de causes différentes, et demande à être traité suivant sa nature, comme on va le voir. Entre l'alvéole et la racine de la dent se trouve une membrane, désignée sous le nom de *périoste alvéolo-dentaire*, et destinée à fixer solidement la dent. Lorsque cette membrane s'enflamme, elle détermine les douleurs les plus vives qui se propagent souvent à toute la face, au front, aux tempes, jusqu'au cuir che-

velu, si le siége du mal est la mâchoire supérieure ou bien à l'angle de la mâchoire, aux glandes maxillaires, et dans l'oreille, s'il occupe la mâchoire inférieure. La dent devient légèrement braulante, dépasse le niveau des autres dents, et la pression qu'on exerce sur elle détermine de la souffrance.

On conçoit que pour combattre une telle affection, qu'on désigne toujours sous le nom de mal de dents, il faut éviter tout ce qui pourrait augmenter l'irritation et bannir par conséquent toutes ces préparations spiritueuses ou corrosives si vantées, pour ne recourir qu'aux simples adoucissans. Voici d'ailleurs la conduite à tenir en pareil cas : on doit avoir soin de tenir dans la bouche, le plus souvent possible, de l'eau tiède; appliquer sur le côté qui correspond à la dent malade un cataplasme émollient, sur lequel on laissera tomber vingt ou trente gouttes de teinture d'opium; on évitera de remuer et de percuter la dent qui détermine les douleurs. Si le mal persiste, on appliquera sur la gencive deux ou trois sangsues, et on prendra des bains de pieds. Si l'eau tiède dans la bouche ne soulage pas, il faudra essayer de l'eau froide, qu'on renouvellera à chaque instant et dont on pourra abaisser la température en y ajoutant même de la glace. Plus d'une fois j'ai vu disparaître l'inflammation la plus vive au moyen de ce simple résolutif employé avec persévérance pendant plusieurs heures. Enfin, s'il se forme un abcès sur la gencive, le faire ouvrir le plus tôt possible. Cette maladie, qu'on nomme périodontite aiguë, ne cède pas toujours facilement et l'on peut être obligé de recourir à l'évulsion de la dent. Il faut cependant le dire, cette opération qui, dans la plupart des cas, enlève si promptement la souffrance, n'agit pas toujours ici de cette manière, ordinairement le malade continue à souffrir encore plus ou moins long-temps.

L'inflammation de l'os propre de la dent détermine également des douleurs très-vives. Elle se manifeste à la suite d'une carie superficielle, du limage ou de la cassure d'une dent saine, par l'effet d'une violence extérieure, ou du contact d'un corps dur rencontré dans les alimens. L'application du fer chaud suffit le plus ordinairement pour guérir. Faute de ce moyen, on peut également faire usage de diverses huiles essentielles, de girofle, de cannelle, de menthe ou d'une mixture alcoolique, dont on imbibe un morceau de coton et qu'on y applique. (Voir les formules ci-dessous.)

Lorsque la carie d'une dent a fait assez de progrès pour mettre le nerf dentaire à découvert, ce qu'il est facile de reconnaître par les douleurs que produisent le froid, le chaud, l'air extérieur pendant l'inspiration ou l'introduction d'alimens ou d'un corps étranger quelconque dans la cavité que présente la dent malade, le meilleur remède consiste à détruire ce nerf. Ceux qu'on emploie d'ordinaire n'ont pas cette propriété, et sont pris parmi les spiritueux, les huiles volatiles, l'opium, etc. Souvent ils soulagent pour quelque temps, et leurs prétendus succès doivent être plutôt rapportés à un travail de la nature, qui fait passer le nerf dentaire à l'état de suppuration à la suite de très-vives douleurs. Ces remèdes, dis-je, manquent leurs effets, parce qu'ils n'ont réellement pas la propriété de cautériser. Sous ce rapport, le nitrate d'argent ou pierre infernale me semble préférable à tous les autres. La manière de s'en servir consiste à introduire dans la carie une petite boule de coton humide, sur laquelle on grattera un peu de ce caustique, et qu'on changera tous les jours pendant quelque temps. On aura soin, avant le pansement, de passer et d'agiter de l'eau tiède dans la bouche pour enlever tous les détritus d'alimens qui pourraient se trouver dans la carie. Cette manœuvre, pratiquée pendant quelques jours, suffit ordinairement, lorsqu'il n'y a pas de complications, pour permettre de plomber la dent. On conçoit ici qu'il est possible de détruire l'organe chargé de la sensibilité, et qu'il y a par conséquent chance de guérison.

D'autres préparations dont on peut faire usage, et qui enlèvent assez promptement la douleur, et auxquelles on peut recourir comme palliatifs, sont représentées par les formules suivantes :

Alcool saturé de camphre, ...	2 gros.
Baume du commandeur, ...	10 grains.
Teinture d'opium, ...	30 gouttes.
Huile essentielle de menthe, ...	10 gouttes.

Mêlez.

Autre. Teinture concentrée de pyrèthre, avec addition de vingt gouttes de teinture d'opium par gros.

Autre. La distillation ou une macération alcoolique concentrée de cresson de Para, connue sous le nom de *Paraguay-Roux.*

Autre. Acétate de plomb, . } de chaque 20 grains.
Sulfate de zinc, . . }
Teinture d'opium, un demi-gros.

Triturez exactement pour en former une pâte dont on met une quantité égale à deux fois la grosseur de la tête d'une épingle sur un petit morceau de coton qu'on introduit dans la dent, et qu'on renouvelle une fois ou deux dans les vingt-quatre heures.

Le traitement des caries, en général, doit varier selon le degré et la forme de la maladie. Lorsqu'elle ne fait que débuter et qu'elle consiste en une seule tache, on peut en arrêter les progrès avec la lime ou avec un autre instrument convenable, si toutefois la position de la dent le permet. Quand la carie est plus étendue et qu'elle a creusé plus profondement la dent, il faut examiner soigneusement s'il n'en découle pas un liquide ichoreux d'une odeur fétide, toute particulière. Il faut dans ce cas se garder d'en plomber la cavité; en arrêtant le cours de cette humeur, on détermine des fluxions dont les suites sont quelquefois très-graves. Si la carie au contraire ne présente pas ces dispositions et qu'elle soit assez profonde, on peut sans inconvénient avoir recours à cette opération qui se fait, ou avec de l'étain, de l'or ou du platine en lames, ou bien avec le métal de d'Arcet qu'on rend plus ou moins fondant avec une addition de mercure. Cet amalgame, fort commode dans bien des cas, a malheureusement l'inconvénient, au bout d'un certain temps, quand la carie fait des progrès, de vaciller; les alimens s'introduisent dessous, et les douleurs recommencent. En outre, ce métal, mis fondu dans une cavité, doit nécessairement revenir sur lui-même en se refroidissant, ce qui fait qu'il est essentiel de le presser avec le bout du doigt à l'instant où il se solidifie. Chose assez curieuse, la nature, qui cherche à réparer les désordres que laissent les maladies, semble avoir indiqué l'opération dont je viens de parler : à la

suite d'une forte inflammation et de longues douleurs, la cavité de la dent malade se remplit par fois d'un bourgeon charnu fourni par la membrane qui enveloppe la pulpe dentaire; il est d'abord fort sensible et devient par la suite indolent. Aussitôt qu'on en fait l'excision, la dent redevient douloureuse à l'impression de l'air. J'ai, plus d'une fois, à dessein, pratiqué cette petite opération, et j'ai presque toujours remarqué le même phénomène. Il faut alors cautériser et plomber. Le bourgeon charnu, au lieu de provenir de l'intérieur, comme dans le cas précédent, est quelquefois fourni par la gencive lorsque la dent présente une échancrure au niveau du bord gengival.

Quand on a employé tous les moyens curatifs, c'est-à-dire les collutoires et les applications médicamenteuses de différentes natures, quand on a détruit le nerf, qu'on a cautérisé, limé, ruginé, plombé, etc., etc., et que la maladie n'éprouve aucun heureux amendement, il est à présumer que la dent est malade à sa racine ou dans son périoste. Les dents qui occasionent ces douleurs rebelles ont presque toujours à l'extrémité de leur racine un gonflement ou des nodosités, ou bien une espèce de bulbe fibreux, lardacé, qui semble de nature carcinomateuse : c'est alors qu'il faut se résoudre à recourir à l'extraction.

Cette opération qui dans la plupart des cas est si simple et si facile, que tout le monde peut pratiquer, est quelquefois accompagnée d'accidens très-graves, tels que les hémorragies qui peuvent devenir mortelles chez les scorbutiques, les fractures de l'arcade dentaire, l'enfoncement du sinus maxillaire, la luxation de la mâchoire si l'on appuie trop fortement sur elle pendant qu'elle est déjà très-abaissée. Quelques personnes s'évanouissent, d'autres éprouvent un dérangement complet dans l'économie, comme un tremblement universel, des convulsions, des accès d'épilepsie, la fièvre, des ophthalmies ou un larmoiement, des vomissemens, de la diarrhée. On a vu même la surdité en être également la suite, je puis en rapporter une observation très-intéressante. J'ai vu, dans l'été de 1819, un homme, à la consultation publique de M. le professeur Roux, à l'hôpital de la Charité, qui se plaignait de la surdité qui lui était survenue à l'oreille gauche, à la suite de l'extraction de la deuxième molaire d'en bas du même côté. Trois mois après il revint, et nous apprit qu'il avait perdu l'usage de l'autre oreille à la suite de l'évulsion de la dent correspondante; j'ai su de ce malade intéressant, que j'ai eu le malheur de perdre de vue, que chaque opération avait été suivie d'une forte fluxion. Seraient-ce les trompes d'Eustache qui se seraient oblitérées par suite de l'inflammation? Ou bien cet accident serait-il le résultat d'une lésion du nerf maxillaire qui, comme on sait, communique avec des rameaux qui se répandent dans le tympan. Cette dernière hypothèse pourrait avoir d'autant plus de fondement, qu'on est souvent à même de remarquer qu'un mal de dent, provenant d'une molaire d'en bas, occasionne des douleurs très-vives dans l'oreille.

Une dent gâtée peut aussi prédisposer au tic douloureux, affection comme on sait qui peut conduire le malade au plus affreux désespoir. Les dents qu'on a simplement luxées ou celles qui ont été remises dans l'alvéole après leur extraction complète, et les vieilles racines peuvent déterminer des fistules dentaires qui ne se bornent pas toujours à la gencive; le pus se fait jour en dehors de la joue et suinte continuellement. Cette affection dégoûtante se guérit de suite en faisant l'évulsion de la dent cariée. L'engorgement des vaisseaux qui pénètrent dans le canal dentaire occasione encore de fortes douleurs, par la compression qu'il exerce sur la partie nerveuse. Cette affection se remarque particulièrement chez les individus éminemment sanguins, ainsi que sur les femmes enceintes, chez lesquelles la circulation se fait quelquefois mal. Le traitement antiphlogistique est le seul qu'on doive lui opposer.

TOIRAC, D. M. Dentiste.

Remarques sur le traitement des ulcérations cancéreuses par les préparations d'arsenic.

(Leçons orales de M. le baron DUPUYTREN.)

Un des premiers effets, et souvent un des inconvéniens des préparations arsenicales, c'est d'agir comme escarrotiques ou comme caustiques, de détruire les parties à une plus ou moins grande profondeur, et par conséquent d'amener quelquefois des difformités. « Les préparations que j'emploie, dit M. Dupuytren, n'ont point cet effet; c'est en modifiant les surfaces malades, et non point en les escarrifiant, qu'elles agissent. Ces préparations sont pulvérulentes ou liquides. L'acide arsénieux forme la base principale des unes et des autres. Le calomel, qui lui est constamment uni entre bien pour quelque chose dans l'action du remède; mais l'arsenic est presque tout. Quoi qu'il en soit, il est important de ne pas l'exclure de la composition. Ces deux médicamens, l'arsenic et le calomel sont nécessaires à l'action du remède, sans qu'on puisse déterminer d'une manière précise la part que chacun d'eux y prend. Voici la formule de la préparation pulvérulente.

» Sur 100 parties, 4 parties d'arsenic ou d'acide arsénieux et 96 parties de calomel. On peut augmenter la proportion d'acide arsénieux, et la porter à cinq ou six parties sur cent.

» La préparation liquide consiste tout simplement dans la solution de ces deux médicamens, acide arsénieux et calomel dans l'eau distillée; on la mêle avec la gomme en poudre, de manière à donner à la préparation la consistance d'une pâte. Mais dans la forme liquide, j'ai pour habitude de mettre l'acide arsénieux en plus forte proportion. Ainsi, sur cent parties, j'introduis cinq, six, huit, dix ou douze parties d'acide arsénieux, le reste est du calomel; j'ai même prescrit des proportions encore plus élevées.

» Quand des accidens, résultant de l'absorption de l'arsenic se déclarent, ce qui a eu lieu plusieurs fois dans les cas d'affections cancéreuses de la face, j'ai soin de faire prendre beaucoup de lait au malade; je prescris l'application d'un linge sur la plaie, à raison du voisinage de la bouche, et j'insiste fortement pour qu'il ne soit ôté que lorsque la pâte est desséchée, convertie en croûte; l'alimentation se fait à l'aide d'un biberon.

» Le mode d'application de ces préparations est fort simple. On commence d'abord par faire tomber avec des cataplasmes les croûtes qui couvrent les ulcérations; puis, si on veut recourir à la poudre, on se sert d'un petit pinceau de charpie chargée de cette poudre, et on la répand sur la surface ulcérée, de manière à l'enduire d'une couche épaisse d'un

millimètre au plus. Si cette surface est d'une étendue médiocre, on la couvre entièrement; dans les cas contraires, on n'en saupoudre qu'une partie, le tiers, le quart, la moitié; et, quelques jours après, on recouvre le reste en totalité ou par fractions, suivant les cas. La solution, ou pour mieux dire la pâte s'applique de la même manière avec un pinceau ou une spatule. Cette application, après avoir causé des douleurs assez vives, de l'inflammation, etc., tombe ordinairement seule au bout de huit à dix jours. On la renouvelle suivant les cas, et jusqu'à la guérison des surfaces ulcérées. Ordinairement, cinq ou six applications suffisent, et souvent deux ou trois ont guéri.

Ce médicament que j'ai mis en usage sous ces deux formes, depuis quinze ans environ, agit, non pas en cautérisant, mais seulement en modifiant l'état des surfaces malades. Jamais il ne produit d'escarres, de destruction des parties; il est infiniment moins adhérent que la pâte arsenicale du frère Côme, de Rousselot, etc., et cause moins de douleurs et de tuméfaction. »

Note sur la fissure à l'anus.

La fissure à l'anus, qu'elle soit cause ou effet de la contraction spasmodique douloureuse de l'anus (car les deux opinions sont soutenues), la fissure à l'anus, disons-nous, ne cède ordinairement d'une manière complète qu'à l'incision simple ou multiple du sphincter. Les saignées, les bains, les injections, les fumigations, les douches, les onctions calmantes, les mèches enduites ou non de pommade de belladone, sont rarement des moyens suffisans et ne sont tout au plus que par la cautérisation des palliatifs. D'un autre côté, l'incision est une opération, et ce mot est un épouvantail pour beaucoup de femmes et quelques hommes timides; c'est un moyen douloureux, et qui a pour premier résultat de produire une plaie dont il faut attendre plus ou mois long-temps la cicatrisation. Y aurait-il un autre procédé curatif aussi sûr et exempt de ces inconvéniens? M. le docteur Gossement d'Arcis-sur-Aube l'a pensé et vient de faire connaître le résultat de ses tentatives à ce sujet.

S'il est vrai, s'est dit ce chirurgien, que toute cause d'irritation mécanique, chimique ou autre agissant sur l'anus, a pour effet d'exciter les contractions du sphincter, et d'autant plus fortement qu'elles seront plus prolongées, et que les parties seront enflammées (ainsi que cela se remarque dans les dartres qui occupent cette région et même, d'une manière passagère, dans la dysenterie) que sera-ce lorsqu'il existe une fissure qui est elle-même une cause pathologique permanente de cette constriction et qui reçoit sans cesse des causes qui l'entretiennent un nouveau surcroît d'activité. Aussi la constriction douloureuse de l'anus n'est-elle ordinairement que le symptôme d'une irritation locale avec ou sans solution de continuité. Pour ce qui est de celle qui coïncide avec la fissure, on s'explique aisément son opiniâtreté. La fissure, en ne considérant que sa forme de plaie étroite et profonde, semble devoir tendre à la réunion primitive par la secrétion d'un fluide albumineux; mais si l'on réfléchit que ce nouveau produit n'a pas le temps de s'organiser en raison des tiraillemens du sphincter pendant sa dilatation, on concevra que non-seulement sa cicatrisation doit être troublée, mais qu'il se développe dans la fissure une sensibilité, un état d'inflammation habituel plus ou moins intense. Après l'opération, au contraire, le sphincter divisé n'ayant plus de point d'appui pour se contracter, la plaie n'est point tiraillée constamment par ce muscle; elle n'est point le siége de ce degré d'inflammation qui empêche la cicatrisation, et elle doit par conséquent marcher vers sa guérison. Or si l'on pouvait détruire autrement que par l'incision une partie de ces causes d'irritation, pendant un temps suffisant pour que la cicatrisation de la fissure s'opérât; si l'on pouvait en même temps, lorsque la maladie serait plus rebelle, modifier favorablement la vitalité des parties, on épargnerait au malade la douleur d'une opération et l'on arriverait plus promptement au même résultat.

C'est pour remplir ces modifications que M. Gossement propose le procédé suivant qui lui a réussi plusieurs fois. « Lorsque le malade éprouve le besoin d'aller à la garde-robe, il doit pincer modérément avec deux doigts une portion de peau équivalant à peu près au sixième de la circonférence de l'anus, et comprendre dans ce pli la fissure; en même temps il presse de dedans en dehors de manière à élargir l'orifice anal et à offrir au sphincter un nouveau point d'appui qui ne porte pas sur la fissure, ne permette à ce muscle qu'une très-faible dilatation dans sa partie comprise entre les doigts, et empêche en même temps la muqueuse où siége la fissure d'obéir à ses mouvemens. Cette petite manœuvre qui comprend en elle beaucoup de choses est d'une exécution si facile qu'il suffit de l'indiquer au malade pour qu'il la pratique aussitôt dans la perfection, et sa satisfaction est complète lorsqu'il n'éprouve plus ni la douleur déchirante qui accompagne la défécation, ni celle qui lui succède. La guérison a souvent lieu du huitième au douzième jour. Quand la cicatrisation se fait attendre, il suffit pour l'obtenir promptement de toucher une ou plusieurs fois toute la profondeur de la fissure avec un morceau de nitrate d'argent taillé en coin. »

ACCOUCHEMENS.

Mémoire sur l'apoplexie apparente chez les femmes pendant l'accouchement. Par M. le professeur MAYGRIER.

Plus d'une fois on a énoncé cette opinion, qu'indépendamment de plusieurs autres circonstances propres à favoriser le développement de l'hypertrophie du cœur, et par suite à donner lieu à des attaques d'apoplexie, la grossesse pouvait être considérée comme une cause fréquente de cette cruelle maladie. MM. Ménière et Larcher, auteurs d'un mémoire publié dans les archives de médecine, en 1828, ont rapporté, il est vrai, plusieurs exemples de femmes mortes pendant leur grossesse à la suite d'attaques d'apoplexie, et qui, à l'ouverture du corps, ont offert des traces évidentes d'hypertrophie du cœur.

Je ne nie point la vérité des faits rapportés par ces auteurs; mais je pense, et ma longue pratique ne me laisse aucun doute sur cette vérité, que trop souvent, les médecins et les accoucheurs ont pris

pour des attaques d'apoplexie au moment de l'accouchement, de simples congestions sanguines cérébrales, occasionées par le seul fait des violentes contractions de la matrice, de la résistance des parties de la génération, et des efforts impuissans que fait la femme pour se débarrasser de son fruit.

Je ne conteste point que des femmes d'un tempérament sanguin très-prononcé, intempérantes, passionnées, colères, emportées, ne puissent éprouver des attaques d'apoplexie mortelles avant, pendant, et après l'accouchement; mais je suis convaincu que, dans nombre de cas, elles y étaient prédisposées par des circonstances pathologiques antérieures à la grossesse, dont les efforts de l'accouchement n'ont fait qu'accélérer l'issue funeste. Ces femmes auraient pu succomber dans des circonstances tout-à-fait opposées.

Loin que la grossesse puisse être considérée le plus ordinairement comme une circonstance propre à favoriser le développement de l'hypertrophie du cœur, et plus tard, à devenir une cause occasionelle de l'apoplexie, nous voyons, au contraire, qu'elle est souvent un moyen puissant de suspendre, ou même de faire disparaître plusieurs affections morbides qui, sans elle, auraient pu devenir des plus funestes à la femme, et qu'elle a comme arrêtées dans leur marche insidieuse. Bien plus, les circonstances favorables dans lesquelles se trouve la femme grosse, me paraissent bien plutôt un moyen puissant de guérir ou de prévenir certaines maladies, que de les provoquer.

L'étude des phénomènes de la grossesse, loin de fortifier l'opinion des auteurs avec lesquels je suis en dissidence, semble, au contraire, me fournir des armes puissantes pour les combattre. D'abord, il est d'observation que pendant les trois ou quatre premiers mois de la grossesse, les femmes sont en général pâles, décolorées, un peu affaiblies, même, par la prédominance nerveuse sous l'influence de laquelle elles paraissent comme accablées. La circulation est très-ralentie pendant cette période. Le pouls est petit, obscur, et comme embarrassé dans ses battemens. Ce n'est guère que vers la fin du quatrième mois, et même dans le courant du cinquième que la prédominance vasculaire devient sensible, et que la circulation prend alors une certaine activité. C'est alors aussi que le teint de la femme s'anime, que sa figure se colore, qu'une chaleur inconnue jusqu'alors la pénètre et l'excite fortement. Si ces effets sont très-marqués, la femme ne tarde pas, j'en conviens, à éprouver des symptômes de pléthore sanguine, des congestions partielles, parmi lesquelles celles du cerveau sont, il faut le dire, les plus fréquentes; mais ces effets portés même à un haut degré de violence, une saignée les apaise, et les fait totalement disparaître. La femme après son emploi redevient calme et tranquille jusqu'au moment de l'invasion du travail. A cette époque, il est vrai, de vives contractions de la matrice et de tout le système musculaire vont avoir lieu; des effets non moins violens seront mis en usage par la femme pour seconder ces premiers effets; toute son économie sera momentanément dans une sorte de bouleversement et de désordre incroyable; des transports, des cris, vont se faire entendre; la respiration, la circulation vont acquérir un développement d'activité extraordinaire. Alors, en effet, la tête est lourde et pesante, la figure est fortement colorée, les veines du col gonflées outre mesure; un souffle brûlant s'échappe de la bouche de la femme en travail. Voilà, sans doute, des phénomènes d'une nature fort grave en apparence, et dont la terminaison pourrait être des plus funestes. La femme, j'en conviens, ne pourrait les supporter longtemps sans courir les plus grands risques; cependant, si à travers ce désordre apparent, tout cet appareil de symptômes menaçans, le travail marche, si l'accouchement se termine d'une manière favorable, tout rentre à l'instant même dans l'ordre et dans le calme le plus parfait.

Lorsqu'au contraire la résistance des parties de la génération, la grosseur de la tête, ou toute autre circonstance imprévue vient mettre obstacle à l'heureuse terminaison de l'accouchement, alors sans doute la situation de la femme devient très-périlleuse; elle est vraiment dans un grand danger, et elle pourrait périr avec tous les symptômes d'une véritable attaque d'apoplexie, si l'art ne venait à propos au secours de la nature impuissante. Je pourrais prouver ce que j'avance par plusieurs observations de ma pratique particulière, parmi elles je choisirai le fait suivant, comme un des plus récens et des plus remarquables.

Madame ***, âgée de 35 à 36 ans, d'un tempérament lymphatique très-prononcé, forte en apparence, mais lente dans ses mouvemens et dépourvue d'énergie, enceinte pour la première fois, éprouva les premiers symptômes du travail dans la matinée du 11 avril dernier. Toute la journée se passa en douleurs plus ou moins fortes, qui finirent cependant par faire descendre la tête dans l'excavation. Mais vers les 4 heures du soir les douleurs s'affaiblirent d'une manière sensible, et soit à cause de la résistance des parties extérieures de la génération, soit à cause de la faiblesse des douleurs et du peu d'énergie de la femme à les faire valoir, le travail cessa complétement. Bientôt sa tête s'embarrassa; elle ne tarda pas à éprouver des vertiges, et vers six heures, elle tomba dans un véritable état de léthargie, et comme dans une espèce de coma profond. C'est alors qu'on accourut chez moi. Je me transportai aussitôt chez cette dame, dont la demeure est voisine de la mienne, je la trouvai couchée, sans mouvement, la tête penchée sur l'un des côtés, le visage fortement coloré, les paupières fermées, les lèvres épaisses et livides; la respiration était embarrassée, stertoreuse; un bruit sourd et profond se faisait entendre à chaque expiration; le pouls était obscur et lent dans ses battemens.

Cet ensemble de symptômes pouvait bien (abstraction faite de l'état de grossesse) faire croire à l'existence d'une véritable attaque d'apoplexie. Les indications étaient pressantes et décisives. Il semble qu'on aurait dû à l'instant même pratiquer une forte saignée, appliquer des sinapismes aux pieds, exciter vivement le tube intestinal, donner de l'air, faire respirer du vinaigre, et réitérer ces moyens jusqu'à ce que la femme fût revenue à elle-même, et que les symptômes se fussent dissipés. C'est en effet, ce qui avait été proposé quand j'arrivai auprès de la femme. Je ne crus point devoir m'arrêter à ces considérations. Ne voyant dans cette circonstance que l'effet d'une congestion cérébrale passagère, d'un coup de sang instantané, je me disposai à terminer l'accouchement à l'aide du forceps; ce que j'exécutai sur-le-champ, et avec le plus grand succès. L'enfant donnait à peine quelques signes d'existence. Je lui prodiguai les soins les plus empressés; mais ce ne fut qu'au bout de quinze à vingt minutes que je parvins à le rappeler tout-à-fait à la vie. Quant à la mère, il est remarquable qu'aussitôt qu'elle fut débarrassée de son fruit, il se fit

chez elle une métamorphose subite et complète. Ses yeux s'ouvrirent, la parole lui revint; elle fit des mouvemens libres et variés, mais elle ignorait absolument de quelle manière elle était accouchée, et n'éprouvait que le sentiment vif du bonheur d'être délivrée.

Il y a 150 ans que dans une pareille circonstance les deux individus auraient probablement péri, puisqu'à cette époque reculée, on ne connaissait pas d'autre moyen pour débarrasser la mère et la sauver d'une mort certaine, ainsi que son enfant, que de pratiquer l'opération Césarienne.

Enfin l'état de notre accouchée devint tellement satisfaisant, à mesure que le temps s'écoulait, que je ne crus même pas nécessaire d'avoir recours à la saignée que j'avais eu l'intention de pratiquer pour débarrasser complètement le cerveau. La femme n'en eut pas besoin.

Voici les réflexions que peut faire naître cette observation :

La dame en question était d'une constitution molle et lymphatique. Les douleurs étaient sans énergie, et la femme les faisait peu valoir; cependant, la tête du fœtus était parvenue dans l'excavation. Mais arrivée là, son séjour trop long-temps prolongé ne tarda pas à exercer sur toutes les parties environnantes une compression d'autant plus vive, que son volume, augmenté de plus en plus par la tuméfaction, ne permit plus à l'accouchement de se terminer spontanément.

On conçoit sans peine qu'un état de choses aussi fâcheux ne pouvait subsister long-temps sans qu'il en résultât des désordres de toute espèce, soit dans la circulation générale, soit dans celle du bassin et des parties environnantes en particulier.

Dans ces circonstances, le cerveau déjà vivement excité par le trouble et les inquiétudes inséparables d'un travail long et pénible, et dont la femme ne peut prévoir le terme, ne tarde pas à devenir le siége d'une congestion sanguine, qu'augmentent à chaque instant les efforts impuissans que fait la matrice pour se débarrasser du produit de la conception. Le sang afflue vers le cerveau, ne pouvant se faire jour à travers le tissu des organes génitaux, dont le resserrement prolongé et les contractions, pour ainsi dire permanentes, suspendent momentanément toute circulation dans ces parties.

La femme en travail est à peu près dans le cas d'une personne suspendue par les pieds. Dans l'une et l'autre circonstance, la mort a réellement lieu avec tous les caractères d'une attaque d'apoplexie; mais quelle différence dans les moyens thérapeutiques. Souvent la médecine la plus active et la plus éclairée ne parvient pas à arrêter les suites mortelles d'une véritable attaque d'apoplexie : que peuvent en effet les prescriptions médicales les plus savantes contre le ramollissement du cerveau, contre la rupture de ses vaisseaux et les épanchemens, soit sanguins, soit séreux qui en résultent. Tandis que la prompte terminaison de l'accouchement, chez la femme en travail, et le seul changement de position chez l'individu suspendu, font à l'instant même disparaître le danger auquel l'un et l'autre auraient nécessairement succombé s'ils n'avaient pas été promptement secourus.

De tout ce qui précède, je tire les conclusions suivantes :

1° La grossesse n'est pas aussi souvent qu'on pourrait le croire la cause déterminante et occasionelle de l'hypertropie du cœur, et par suite, des attaques d'apoplexie dont les femmes peuvent être atteintes, soit pendant le cours d'une grossesse orageuse, soit à l'occasion des violens efforts d'un long et pénible enfantement.

2° Les congestions sanguines cérébrales auxquelles sont exposées les femmes pendant leur grossesse, et au moment de l'accouchement, portent, il est vrai, tous les caractères d'une véritable attaque d'apoplexie; mais elles en diffèrent non-seulement par la nature des causes qui les ont occasionées, mais encore plus par l'application des moyens de traitement.

3° Les indications curatives, dans ce dernier cas, ne présentent point d'équivoque : elles sont précises et rigoureuses. La prompte terminaison de l'accouchement peut seule faire cesser l'état critique dans lequel se trouve la femme en travail, et la sauver d'une mort certaine dans le plus grand nombre de cas.

Les autres moyens thérapeutiques que pourrait réclamer la femme une fois accouchée doivent toujours être subordonnés à cette première indication; mais en supposant qu'on n'eût pas le forceps sous la main, et en attendant qu'on pût s'en procurer, il faudrait sans doute pratiquer une saignée, et mettre en usage les autres moyens indiqués.

4° Ce n'est que dans le cas où la femme est privée de la vie, que l'opération césarienne doit être mise en usage, dans l'espérance douteuse, il est vrai, de soustraire l'enfant à une mort inévitable. Ce dernier moyen, plus prompt et plus expéditif que le forceps, possède encore cet avantage, de ne point exposer l'enfant, que la mort de sa mère a dû jeter nécessairement dans un grand état de débilité, aux effets toujours fâcheux, en pareil cas, de l'application de cet instrument.

MAYGRIER.

CHIMIE MÉDICALE.

Recherches sur le principe qui cause l'amertume dans la racine du canéficier. (*Cassia Fistula.*) Par M. J.-B. CAVENTOU, professeur à l'école de pharmacie.

Il y a près de deux ans (1) qu'un riche propriétaire à la Martinique, M. Jollimont de Marolles, sachant que j'étais l'un des auteurs de la découverte du sulfate de quinine, vint me trouver pour causer avec moi sur la racine du canéficier qui croît en abondance dans la colonie, et dont il avait fait usage avec un grand succès, comme fébrifuge, tant sur lui que sur les nègres des diverses habitations qu'il possède dans ce pays. Il me manifesta le vif désir qu'il avait de savoir si cette racine contenait de la quinine. M'étant offert très-volontiers à le satisfaire à cet égard, il s'empressa d'écrire à la Martinique pour demander de cette racine.

Plusieurs considérations m'avaient fait acquiescer au désir de M. Jollimont; il me paraissait d'abord assez singulier que la racine du canéficier fût fébrifuge et très-amère; et ensuite des recherches chimiques entreprises dans le but d'éclairer sur la nature d'un médicament nouveau pour nous, puisque les

(1) Ces recherches ont été communiquées à l'Académie de médecine; et je les publie aujourd'hi sans y rien changer; je prie donc le lecteur de se reporter à quelque temps en arrière pour les apprécier.

botanistes n'en font aucune mention dans leurs livres, me semblaient devoir être toujours utiles.

D'après les détails qui m'ont été donnés de vive voix, sur l'arbre duquel on a extrait cette racine, je ne doute pas que ce ne soit le canéficier : la description qui m'en a été faite se rapporte trop bien avec celle des naturalistes, c'est enfin sur ces arbres mêmes qu'est récoltée dans le pays la casse en bâtons.

Cette racine est de différentes grosseurs; les plus grosses parmi celles que j'ai reçues ont jusqu'à un pouce et demi de diamètre, les plus petites sont comme celles du ratanhia ; j'en présentai une moyenne à la section de pharmacie. Le méditullium de cette racine forme sa presque totalité, ce méditullium est blanc grisâtre et amer. Il est recouvert d'une écorce rougeâtre, beaucoup plus amère, et sans odeur sensible.

Recherches préliminaires.

Une quantité indéterminée de racines de canéficier (bois et écorce), fut coupée en tranches très-minces, et traitée à deux reprises par de l'alcool à 36° à la température ordinaire. Chaque macération fut de 8 jours. Les teintures alcooliques réunies et filtrées étaient très-colorées en brun marron, sans odeur bien marquée, et d'une saveur très-amère et nauséeuse. On les introduisit dans le bain marie d'un alambic, et on les fit distiller de manière à obtenir les trois quarts de l'esprit de vin employé.

L'alcool distillé était incolore et sans saveur étrangère. Le résidu qui se trouvait dans le bain marie était liquide et trouble; on le versa dans une capsule de platine et on le fit évaporer à une douce chaleur jusqu'à consistance d'extrait. Cet extrait est brun foncé, d'une odeur nauséeuse, liquéfiable par la chaleur et se prend en masse par le refroidissement.

Traitement aqueux de l'extrait alcoolique précédent. — Une partie de cet extrait fut mis en contact avec l'eau froide, il ne s'y est dissous qu'imparfaitement ; il s'est séparé une quantité considérable d'une matière résinoïde dont il sera question plus loin. La liqueur aqueuse était colorée comme l'extrait, en brun foncé, elle était légèrement acide et d'une forte amertume. Essayée successivement par la teinture de noix de galle et l'ammoniaque, cette liqueur ne donna aucun précipité, résultat qui prouva bien évidemment que le principe amer de la racine du canéficier n'était point de la quinine ni de la cinchonine. On voulut néanmoins s'assurer s'il n'existait pas un alcali végétal d'une autre dans cet extrait, et à cet effet on fit les expériences suivantes :

Traitement de l'extrait alcoolique par la magnésie caustique. — Une quantité notable d'extrait alcoolique fut délayée dans l'eau bouillante, et on y ajouta le quart de son poids de magnésie caustique. On ne remarqua aucun changement notable dans la liqueur soumise à l'ébullition, pendant quelques minutes, si ce n'est que la magnésie se colora en brun foncé; on retira le vase du feu et on le laissa refroidir, le tout fut alors jeté sur un filtre. On obtint un liquide alcalin et très-coloré en brun foncé. On passa long-temps de l'eau sur le filtre pour laver la magnésie, mais les derniers lavages étaient aussi colorés que les premiers. Présumant alors que la magnésie, à raison de sa solubilité dans l'eau, toute faible qu'elle soit, entraînait à chaque lavage une dose minime de matière résineuse et cependant capable de colorer fortement la liqueur en brun, on vit l'impossibilité d'arriver par ce moyen à obtenir dans un état de pureté convenable une matière alcaline déjà supposée très-soluble dans l'eau. Je renonçai par conséquent à ce moyen analytique. Mais je soumis les lavages aux expériences suivantes, dans le but de m'éclairer sur leur composition et leur nature.

Examen des lavages magnésiens. — Ces lavages furent réunis et soumis à l'évaporation dans une capsule de platine. Lorsqu'ils furent réduits au tiers de leur volume, ils étaient troubles, malgré la température de l'ébullition. On pouvait supposer qu'une portion de la magnésie qui paraissait s'y être dissoute se précipitait à l'état de carbonate en raison de son conctact avec l'air atmosphérique, et ce précipité n'était cependant rien moins que du carbonate de magnésie ainsi qu'on va le voir.

Cette évaporation fut continuée jusqu'aux trois quarts de la quantité du liquide, qui fut alors abandonné au refroidissement ; 24 heures après, on trouva une légère couche d'un liquide brun très-foncé, qui recouvrait un dépôt sans aucun rudiment de cristaux. La liqueur et le dépôt étaient amers, mais beaucoup moins que l'extrait alcoolique. On décanta le tout, sur un filtre, et lorsque le dépôt parut bien égoutté, on voulut le laver à l'eau distillée ; mais on vit que l'eau de lavage dissolvait le dépôt lui-même, et passait aussi colorée que le liquide qui surnageait le dépôt auparavant. Étonné jusqu'à un certain point de ce résultat, on voulut s'assurer si ce dépôt, dont on avait dissous une partie complétement par des lavages réitérés, contenait bien véritablement de la magnésie. On en calcina, à cet effet, une partie dans un creuset de platine, il répandit en brûlant une odeur empyreumatique, et il laissa un résidu très-blanc formé en totalité de magnésie caustique. Ainsi, point de doute d'après ces résultats que la liqueur contenait bien en dissolution une matière très-colorée et amère, plus une dose assez considérable de magnésie. On chercha cependant à isoler de cette magnésie le principe coloré amer, qui semblait y être uni. On versa dans ces liqueurs colorées de l'acétate de plomb, qui sépara la plus grande partie de la matière colorante, isola le dépôt par le filtre, et on sépara le plomb de la liqueur au moyen de l'acide sulfurique ajouté avec soin. Cette liqueur, filtrée et évaporée avec ménagement, fut mise à cristalliser ; mais on n'obtint qu'un petit dépôt grenu de sulfate de magnésie. Elle était cependant amère, et dans le but d'en extraire cette amertume, on la mit dans un flacon en contact avec l'éther sulfurique. Cet éther se colora en jaune pâle, et abandonné à lui-même, après avoir décanté dans une capsule, il laissa pour résidu une matière d'un beau jaune, très-amère, qui se dissolvait difficilement dans l'eau et très-facilement dans l'alcool étendu. Ainsi de tout ce qui précède, j'avais été amené à conclure que l'extrait alcoolique de racine du canéficier, à part quelques traces d'acidité insignifiante, était composé en grande partie d'une substance colorée en brun foncé, amère, plus soluble par elle-même dans l'eau, et susceptible néanmoins de s'y dissoudre en plus grande quantité à la faveur de la magnésie, base avec laquelle elle paraissait former une sorte de combinaison (1).

CAVENTOU.

(1) Nous donnerons la suite de ce travail dans le prochain numéro.

PHARMACIE.

—

Préparation d'un sirop de kermès.

Il n'est pas facile de se procurer partout, sans être desséché, le galinsecte kermès, ni de conserver son suc exprimé, que les pharmacopées prescrivent pour la préparation du sirop de ce nom; nous avons donc cru devoir chercher un procédé praticable en tout temps, qui pût remplacer celui mis en usage jusqu'à ce jour : nous proposerions alors le suivant, qui nous a fourni un sirop jouissant de toutes les propriétés désirables.

Prenez gallinsecte kermès,	1 partie;
eau distillée,	7 parties;
sucre blanc,	12 parties;

Réduisez le kermès en poudre, en le broyant avec deux parties de sucre; délayez la poudre dans l'eau distillée; laissez digérer à une douce chaleur pendant six heures; remettez à la presse, filtrez la liqueur, faites dissoudre le sucre au bain-marie, passez au travers d'une étamine, et conservez le sirop à la cave dans des bouteilles bien bouchées. G.

Moyen de préparer extemporanément un looch.

La difficulté de préparer le looch blanc pour les personnes étrangères à la pharmacie, et l'impossibilité de se procurer quelquefois en voyage ou à la campagne les substances nécessaires à cette préparation, enfin l'emploi fréquent de ce médicament, nous font penser que l'utilité de la formule suivante sera appréciée.

Prenez amandes douces,	une demie livre.
amandes amères,	une once et demie.
eau commune,	douze onces.
gomme arabique,	quatre onces.
sucre très-blanc,	une demie livre.
eau de fleurs d'oranger,	une once.

Faites *s. a.* un sirop, dont deux cuillerées, ajoutées à quatre onces d'eau, formeront un médicament qui remplacera parfaitement le looch blanc ordinaire. D.

Sur les préparations d'aconit, Par M. Soubeiran.

Le principe de l'action médicale de l'aconit (aconitum napellus) étant très-fugace, on conçoit que le mode de préparation de cette substance doit avoir une très-grande influence sur son degré d'énergie, et que l'emploi de la chaleur, par exemple, doit être soigneusement évité dans ce cas. Si les effets de l'extrait d'aconit ont été si différens dans les mains des divers expérimentateurs, s'il paraît y avoir contradiction entre la théorie chimique et l'observation au lit du malade, c'est que, dans la plupart des cas, le principe volatil n'est dissipé en entier que par une température très-élevée. J'ai distillé la teinture d'aconit faite avec la plante fraîche, de manière à séparer tout l'alcool; il est resté dans le vase distillatoire une liqueur dont l'expérience m'a démontré les effets toxiques; mais ils ont cessé de se manifester après une évaporation au bain marie. On sait que Stork recommande d'évaporer les extraits vireux à une très-basse température, conseil qui malheureusement a presque toujours été négligé. En s'y conformant, une partie de la matière volatile est conservée, et l'on retrouve dans l'extrait une action bien caractérisée. Les médecins considèrent avec raison ce médicament comme fort infidèle. Indépendamment de la déperdition que peut produire une mauvaise préparation, reste celle bien plus certaine qui résulte nécessairement de la nature de la matière active. Il est impossible de réunir toujours des circonstances telles que la même proportion en soit conservée dans l'extrait. Celui-ci sera immanquablement, tantôt plus faible, tantôt plus actif. C'est une préparation à rejeter. La teinture d'aconit faite avec la plante fraîche est la seule préparation qui doive être conservée. Elle seule donne le moyen d'appliquer l'aconit à l'usage médical, à toutes les époques de l'année, en même temps qu'elle conserve toute l'énergie de la plante fraîche.

On trouva dans les pharmacopées allemandes une formule de cette teinture faite par le mélange, à parties égales, de suc d'aconit et d'alcool. On doit préférer cependant la formule suivante parce qu'elle permet de se rapprocher davantage du principe qui sert de base aux teintures alcooliques du codex, savoir, le rapport de la nature sèche à l'alcool; mais ici on ne saurait employer le rapport de 1 à 4, qui est généralement prescrit par le codex; car la plante étant employée dans son état de fraîcheur, il faut nécessairement faire entrer dans la préparation toute l'eau qui s'y trouve, et ajouter cependant assez d'alcool pour que le véhicule de la teinture conserve de 20 à 22 degrés aréométriques. La formule suivante établit le rapport de 1 à 8 entre la plante supposée sèche et le liquide spiritueux :

Aconit frais bien contusé.	10 parties.
Alcool à 36°	8 parties.

Laissez macérer huit à dix jours; passez avec expression et filtrez.

HYGIÈNE.

—

Éducation physique. — Difformités. — Moyens prophylactiques et curatifs puisés dans l'orthopedie, etc. (Premier article.) par M. Bricheteau, médecin de l'hôpital Necker.

L'enfance n'est pas seulement un état de faiblesse et d'impuissance qui exige les soins les plus tendres et les plus attentifs; elle est encore assaillie par une foule d'infirmités qui forment l'une des branches les plus importantes de la science du médecin. Au premier rang de ces infirmités, il faut placer les vices de direction et les déviations de la charpente osseuse qui, dans les premières années de la vie, semblable aux rameaux d'une jeune plante, est susceptible de nombreux écarts. L'art de prévenir et guérir de telles déviations ne prend pas seulement sa source dans ce désir si naturel à l'homme de conserver sains et bien conformés ses enfans, objet de sa tendresse, mais encore il fait partie intégrante d'une éducation

physique et médicale bien ordonnée, dont le but est de placer dans les conditions hygiéniques les plus favorables les hommes appelés à vivre sous un gouvernement civilisé, qu'ils doivent un jour servir de toutes leurs facultés.

Les magistrats de quelques républiques de la Grèce, auxquels la belle nature. la juste proportion des formes extérieures et le développement des forces physiques paraissaient d'une extrême importance, surveillaient avec un grand soin l'éducation physique de la jeunesse, la soumettaient à des exercices réguliers bien propres à favoriser le développement des organes et à fortifier les constitutions faibles.

Les peuples modernes ont à se reprocher de n'avoir pas adopté assez tôt les excellens préceptes des anciens relativement à la gymnastique et aux moyens efficaces de prévenir les plus hideuses difformités. Quelques innovations heureuses ordonnées par des gouvernemens dans les établissemens d'instruction publique n'empêchent pas que généralement on y développe le moral aux dépens du physique. Cependant il est aujourd'hui bien démontré que l'énergie de l'un ne peut subsister que par la vigueur de l'autre (mens sana in corpore sano), et le prétendu avantage des constitutions faibles n'est fondé que sur un sophisme faux et dangereux.

Or, comme les établissemens d'instruction publique sont loin d'offrir encore aux deux sexes des conditions d'éducation physique désirables, soit pour favoriser le développement du corps, soit pour en prévenir les difformités, il est de la plus grande importance que les instituteurs s'occupent de combler cette lacune dans les établissemens qui ne sont pas soumis à l'action lente et formaliste de l'autorité. Plusieurs ont déjà fait de louables efforts pour arriver à ce résultat. De leur côté, des médecins hygiénistes, des chirurgiens habiles, loin de rester en arrière, sont intervenus pour remédier aux défectuosités qui rendent tout exercice impossible, et ont fondé, de leur côté, d'utiles établissemens pour réprimer les écarts de la nature, et rendre à la société des hommes assez bien conformés pour en supporter les charges.

La Suisse possède depuis long-temps quelques établissemens de ce genre; et c'est à un chirurgien fort ingénieux de ce pays que nous devons le premier gymnase orthopédique qui s'éleva dans la capitale en 1813. On voit que je veux parler de M. d'Ivernois auquel l'orthopédie est redevable de l'invention et du perfectionnement de plusieurs appareils pour le redressement des pieds-bots, des pieds-équins, des demi-ankyloses du genou, des déviations de la colonne vertébrale, etc. Cet orthopédiste obtint pendant quinze ans des succès prodigieux; mais comme il n'écrivait rien, comme il n'enseignait son art à aucun élève, tout cet art pratique si utile se trouverait enseveli dans l'oubli, après sa retraite prématurée, si un de ses compatriotes, nourri des mêmes principes, élevé à la même école, doué de la même habileté, ne lui avait pas succédé (1). C'est à faire connaître ces procédés si simples, et dont l'efficacité est démontrée par quinze ans d'expérience, mais pas assez divulgués, que je veux surtout m'appliquer; je crois remplir un devoir envers l'humanité en appelant sur eux l'attention de mes confrères.

(1) M. le docteur Mellet, dirigeant aujourd'hui le même établissement que M. d'Ivernois, à Paris.

Le nombre des difformités que l'on peut faire disparaître par le secours de la gymnastique et de l'orthopédie est plus considérable qu'on ne le croit communément. Au pieds-bots et aux déviations de la colonne vertébrale qui sont presque les deux seules infirmités dont s'occupent les établissemens de Paris, on pourrait y joindre la demi-ankylose du genou, les flexions permanentes de la main ou de l'un des doigts, les vices de direction des yeux, de la tête même, enfin les diverses courbures des os longs qu'il est beaucoup plus facile de corriger qu'on ne pense, à l'aide de la machine à extension présentée par M. Mellet à l'Académie, et qui peut s'appliquer indifféremment au genou, à la jambe et même au bras.

Il faudrait bien se pénétrer que la prophylactique et la guérison des difformités si petites qu'elles soient devraient entrer dans un plan d'éducation, et qu'elles sont au moins aussi importantes que l'étude de certaines langues mortes qui servent si peu dans le cours de la vie; il serait à désirer qu'on pût se convaincre chez nous qu'il est quelquefois aussi utile de placer un enfant dans un institut gymnastique et orthopédique que dans un collége.

Mais il y a encore d'autres considérations qui militent en faveur de ce que nous venons de dire, tels sont : l'influence salutaire que peut exercer sur la santé générale des enfans faibles le séjour des établissemens que nous avons en vue, les exercices qu'on y prend, enfin l'impossibilité où l'on se trouve dans une maison particulière d'exécuter pour le sujet faible ou malade tout ce que l'art prescrit. Comment espérer qu'un enfant radicalement faible, menacé de scrophules ou de rachitis, puisse guérir, s'il reste renfermé dans le rez-de-chaussée et les entre-sols qu'habitent beaucoup de négocians des quartiers opulens des grandes villes? Comment, d'un autre côté, des parens continuellement occupés de leurs affaires pourront-ils surveiller l'administration des moyens curatifs ou préservatifs que prescrit le médecin? Comment enfin pourront-ils faire jouir leurs enfans des moindres avantages que procurent les exercices hygiéniques, sans lesquels, il faut bien le dire, les quatre cinquièmes des maladies chroniques du premier âge ne peuvent être guéries.

Dans un prochain article, je parlerai des moyens orthopédiques et des exercices gymnastiques appliqués au traitement prophylactique et curatif des déviations de la colonne vertébrale.

BRICHETEAU.

INSTITUTIONS MÉDICALES.

Considérations et préceptes sur la manière de faire une consultation écrite, par M. L. MARTINET, ancien chef de clinique de la Faculté de médecine de Paris, à l'Hôtel-Dieu.

Tous les jours le médecin est appelé à donner par écrit ses conseils à un malade, à faire connaître son avis motivé sur une maladie, sur sa nature, sur son issue, sur le traitement qui lui est applicable : en un mot, il peut avoir à faire une consultation, et cela à l'occasion d'affections le plus souvent chroniques, obscures, qui presque toujours ont épuisé la sagacité du médecin ordinaire, les ressources thérapeutiques des confrères qui résident dans les mêmes

localités, le savoir également épuisable de quelques célébrités françaises ou même étrangères. Dans ces rapports avec le public que la condition de médecin praticien impose à l'homme de l'art, celui-ci se trouve dans l'obligation de se faire écrivain; et en se revêtant de ce caractère, il devient nécessairement passible de la critique; en effet celle-ci n'est pas seulement exercée par des confrères, mais par des gens du monde, par des hommes éclairés, parens ou amis du malade, qui incapables de juger du mérite réel d'une consultation, basent uniquement leur opinion sur sa forme, et, d'après la manière dont elle est rédigée, délivrent à son auteur un brevet de capacité ou d'incapacité.

Cependant comme aucun médecin ne peut se refuser à donner son avis sur un mémoire à consulter, qu'au contraire chacun est curieux de répondre à ce témoignage de confiance, il en résulte que sur le nombre des consultations qui voient le jour, beaucoup sont incorrectes, peu méthodiques, incomplètes; en d'autres termes, plus d'un médecin compromet la haute opinion qu'on s'était formée de son savoir; et une défaveur plus ou moins grande se répand sur le corps médical tout entier. La principale cause de cette imperfection, c'est que chacun n'a point assez réfléchi sur les qualités qui distinguent cet écrit, lequel exige des connaissances pratiques fort étendues, beaucoup de méthode, quelque forme dans le langage, un style approprié à la condition des personnes auxquelles on s'adresse, et par dessus tout une grande circonspection.

Cette difficulté de bien faire une consultation, beaucoup de nos premiers praticiens semblent l'avoir depuis long-temps sentie, ce dont on ne saurait douter lorsqu'on les voit répondre à un mémoire à consulter par ces mots : on fera 1°.., 2°..., 3°..., etc. Il faut convenir qu'en éludant ainsi toute espèce de prétention, un nom célèbre ne court guère risque de se compromettre, de se perdre dans des digressions aventureuses, ou de prêter le flanc par l'incorrection d'une rédaction peu soignée; mais en vérité, est-ce bien là une consultation? est-ce l'œuvre de lumière impatiemment attendue par le malade, et que le médecin ordinaire est venu réclamer de l'expérience d'un praticien justement estimé? En un mot, n'est-ce pas faire trop bon marché de sa réputation.

Pour ma part, j'ai tenu entre les mains un assez grand nombre de consultations des localités médicales les plus renommées, de Paris, de Vienne, de Montpellier, de Genève, de Londres, de Milan, de Pise, faites par les hommes regardés dans chacune de ces villes comme maîtres de l'art, et je l'avouerai, j'en ai peu trouvé qui réunissent toutes les qualités désirables, ou pussent être offertes comme types en ce genre; loin de là. Mais je laisse à ceux de mes confrères sous les yeux desquels sont tombées certaines consultations données par quelques-unes des célébrités du jour, à juger de la vérité de ce que je dis ici.

Bien pénétré du tort qui peut résulter pour le médecin d'une consultation mal faite, j'ai pensé qu'un exposé complet et analytique tracé d'après les documens précieux que j'ai pu posséder sur cette matière, ne serait pas aujourd'hui sans quelque utilité, d'autant que nos livres sont complétement muets sur les préceptes relatifs à ce genre de travail; et cette lacune sur un des points les plus importans de la médecine pratique n'est pas la moindre des bizarreries, des contradictions qu'offre notre littérature médicale actuelle, qui, cependant a la prétention de satisfaire à tous les besoins. En effet, les dictionnaires eux-mêmes, pour lesquels c'est une obligation de traiter ce sujet au mot consultation n'en parlent que d'une manière générale, et que l'on pourrait dire évasive, ne s'occupant nullement de ce qui a rapport à la consultation écrite. Aussi suis-je toujours étonné que parmi nos grands praticiens de l'école de Paris il n'en est pas un qui ait tenté de publier, dans un travail *ex professo* sur les consultations, le fruit de sa longue observation chez les classes élevées de la société. Un semblable ouvrage nonseulement serait un service rendu à tous les médecins, mais constituerait un véritable progrès, car la médecine n'existe pas seulement dans les hôpitaux, source unique où ont puisé jusqu'ici nos meilleurs auteurs, jeunes pour la plupart. Les hôtels, les salons, les palais ont aussi leurs malades; c'est une belle mine à exploiter pour les hommes dans la maturité de l'âge, à qui sont ouverts ces autres théâtres des infirmités humaines.

La consultation se fait sur un mémoire à consulter, lequel devrait toujours être fourni soit par le médecin ordinaire, soit d'après un examen préalable du malade qui lui-même est venu consulter. Dans ce dernier cas, il convient de consacrer une séance entière à recueillir l'observation, et de ne remettre la réponse que quelques jours après. Une consultation se compose 1° d'un résumé du mémoire à consulter; 2° d'un aperçu sur le diagnostic et sur les particularités propres à la maladie du consultant; 3° de l'exposé des indications à remplir; 4° du traitement; 5° du prognostic et des conséquences ultérieures.

Résumé du mémoire à consulter. — Cette première partie de la consultation consiste en une analyse succincte mais complète de la maladie du consultant, tracée sur l'observation recueillie par le médecin ordinaire; c'est d'après elle que les conseils donnés par le médecin consulté seront jugés. Ce résumé doit être écrit avec concision et surtout avec beaucoup de clarté; il peut être considéré comme le thème de la consultation, la base sur laquelle doit reposer tout le reste de cet édifice médical; aussi aucune digression, nul accessoire étranger à la maladie, ne peuvent y trouver place, et si quelques réflexions devenaient indispensables, il ne faudrait pas les intercaler dans le cours de cet exposé, mais les mettre à sa suite. Les symptômes seront relatés suivant leur ordre d'apparition et groupés d'après l'organe auquel ils se rapportent; enfin ceux qui pourraient présenter un intérêt particulier seront soulignés afin de fixer plus spécialement l'attention.

Diagnostic. — Après avoir dénommé la maladie, on appuiera le diagnostic de l'ensemble des signes au moyen desquels on l'a établi; et à cet effet, on les énumérera tous d'après leur degré de valeur, et en conservant à chacun sa physionomie particulière : autrement le simple énoncé de la maladie, la dénomination ne présenterait jamais qu'une expression absolue, très-vague, applicable à toutes les affections portant le même nom, et ne spécialiserait nullement celle que l'on a sous les yeux et que l'on se propose de guérir; car il n'y a pas de traitement possible, lorsque le diagnostic d'après lequel ce traitement doit être déduit, n'appartient pas en propre à l'individu malade, n'est pas empreint du cachet de sa personnalité, en un mot, ne s'applique pas uniquement au consultant. Comme dans plusieurs circonstances, il peut devenir nécessaire au

médecin consulté, pour faire partager ses vues au médecin ordinaire, de poser quelques-uns de principes qui ressortent de son expérience, de son observation particulière, c'est dans cette partie de la consultation qu'ils doivent être placés. C'est un moyen de faciliter l'entente du traitement que l'on propose, et de ramener à soi des opinions qui pourraient quelquefois au premier abord être opposées.

Indications. — Lorsque les indications sont déduites avec sagacité, ce qui toujours donne une haute idée de la capacité du médecin consulté, le plus grand jour se répand alors sur le traitement; par la suite, ces indications peuvent même devenir la source, pour le médecin ordinaire, d'aperçus nouveaux fort utiles au malade; d'où la nécessité d'y apporter le plus grand soin. Elles doivent découler naturellement du diagnostic et des circonstances particulières dans lesquelles se trouve placé le consultant; il faudra les formuler avec netteté et les présenter d'après leur ordre d'urgence, d'après leur plus ou moins d'intérêt.

Traitement. — C'est ici la partie principale de la consultation, celle qui traite des moyens à l'aide desquels on se propose de remplir les indications qui viennent d'être posées. Mais notre intention, comme chacun peut le concevoir, ne peut être d'entrer dans les développemens thérapeutiques qu'exigerait le traitement de toutes les maladies, et celui de chaque malade en particulier. C'est au praticien seul qu'il appartient d'être juge de la conduite qu'il doit tenir en pareil cas, et de se diriger d'après la somme de connaissances qu'il peut avoir. En effet ce n'est pas dans un écrit de ce genre qu'il convient de tracer des règles spéciales de traitement, lesquelles sont toujours subordonnées aux doctrines et à l'expérience particulière de chacun (1). Je dois donc me borner ici à de simples généralités applicables à toutes les circonstances, abstraction faite de toute opinion, de toute théorie.

On ne se contentera jamais d'indiquer un seul mode de traitement, un seul médicament, une seule forme médicamenteuse, une seule formule pour remplir une vue quelconque; il faut toujours avoir la précaution d'en faire connaître deux et même trois de chaque; afin de laisser au médecin ordinaire la facilité du choix, la possibilité de suppléer l'un par l'autre, si quelque circonstance impossible à déterminer d'avance rendait l'application des premiers impossible, ou si l'impuissance de l'un d'eux obligeait de lui en substituer d'autres. Et ce que nous disons ici d'un médicament en particulier, d'une partie du traitement, s'applique entièrement à son ensemble, à sa disposition générale; d'où le besoin de donner plusieurs plans de traitement ou au moins deux. Avant d'entrer dans les détails de l'exposition des moyens que l'on jugera devoir conseiller, nous rappellerons qu'il ne faut jamais perdre de vue l'opportunité de leur application, et s'efforcer, autant que possible, de déterminer rigoureusement les circonstances qui peuvent faciliter ou contre indiquer leur emploi.

Conséquemment à la marche tracée ci-dessus, en parlant des indications, on commencera par s'occuper de celles que l'on regarde comme les plus pressantes. A cet effet, les différens agens appartenant à la même série de moyens seront successivement exposés par numéros, en commençant par celui auquel on attache le plus de valeur; et l'on continuera de la même manière pour chacun des autres plans de traitement qui seront proposés. Ici il ne faut pas craindre d'entrer dans les plus petits détails; aussi recommandons-nous de donner tous les développemens possibles à ce qui est relatif à l'administration des médicamens, comme aux procédés thérapeutiques ou pharmaceutiques qui doivent en assurer le succès, surtout si ces procédés ne sont point encore généralement connus, ou qu'il y ait lieu de présumer que leur application rencontrera quelque difficulté; à plus forte raison doit-on redoubler d'attention s'il n'existe entre le médecin consulté et le malade aucun intermédiaire; ou si celui-ci habite un pays où manquent la plupart des élémens scientifiques. On doit toujours formuler en français et en toutes lettres. Quant aux formes médicamenteuses sous lesquelles on prescrit les diverses substances que l'on croit utiles, elles doivent être infiniment variées et, autant que possible, accommodées aux exigences physiologiques du malade, ainsi il ne faut pas se contenter de conseiller un médicament sous la forme pilulaire, sirupeuse, pulvérulente, etc., mais il est de toute nécessité de l'essayer sous toutes les formes sous lesquelles il peut être administré, savoir : en potion, apozème, tisane, sirop, poudre, pilules, extrait, liniment, cataplasme, pommade, lavement, bain, selon les susceptibilités particulières du malade et le plus ou moins de convenance; autrement on se priverait d'un grand nombre de médicamens dont l'application deviendrait alors impossible.

Après avoir parlé de tout ce qui est relatif à la thérapeutique promptement dite, on abordera la diététique et les autres parties de l'hygiène, en empruntant tour à tour aux trois ordres des ingesta, des applicata et des circumfusa, les secours qu'ils peuvent fournir; et l'attention se portera plus particulièrement sur ceux de ces moyens qui présenteront le plus d'utilité et favoriseront davantage l'action des médicamens qui auront été recommandés plus haut. On passera donc en revue les différentes espèces d'alimens, farineux, féculens, mucilagineux, sucrés, acidules, huileux, graisseux, gélatineux, fibrineux et albumineux, en ayant soin de dire un mot des opérations préliminaires que l'on doit leur faire subir pour rendre leur emploi plus profitable; on fera également connaître les circonstances relatives au malade qui peuvent en faciliter l'usage.

La même attention présidera au choix des boissons, à la qualité des vins ou des autres liquides auxquels on croira devoir donner la préférence, tels que bière, lait (1), eau pure ou sucrée, eaux miné-

(1) Ceux qui désirent prendre une idée de ces développemens, peuvent consulter le *Manuel de Thérapeutique*, par M. Martinet, publié en 1828.
(*Note du Réd.*)

(1) Relativement au lait, nous pensons que le lecteur nous saura gré de lui indiquer un tableau de la proportion des élémens de ce liquide, que nous empruntons à l'excellent *Manuel d'hygiène* de M. Deslandes.

CASEUM.	BEURRE.	SUCRE. DE LAIT.	SERUM.
Chèvre.	Brebis.	Femme.	Anesse.
Brebis.	Vache.	Anesse.	Femme.
Vache.	Chèvre.	Jument.	Jument
Anesse.	Femme.	Vache.	Vache.
Femme.	Anesse.	Chèvre.	Chèvre.
Jument.	Jument.	Brebis.	Brebis.

rales ou médicamenteuses, liqueurs fraîches, sirops, infusions aromatiques dont l'usage est le plus habituel, comme thé, café, etc.; et ici l'on n'omettra pas de faire savoir à quelle température ces boissons devront être employées.

La diététique épuisée, l'on s'occupera des avantages que le malade peut retirer de l'emploi bien ordonné des applicata, c'est-à-dire des différentes espèces de bains, de leur administration, de leur température, des précautions qu'ils peuvent exiger; de la nature des vêtemens qui conviennent le mieux; des soins qu'il faut apporter à la chaussure, etc., etc. On parlera ensuite de l'influence que peut exercer sur le malade la classe des circumfusa, desquels font partie les conditions atmosphériques diverses, les saisons, le climat, les habitations. Enfin l'on terminera ce qui a rapport au traitement hygiénique par un coup d'œil sur l'utilité ou les inconvéniens qui peuvent résulter des divers exercices à pied, à cheval, en voiture; du travail intellectuel, du jeu des passions, de l'usage ou de l'abus des fonctions génératrices, de l'état de veille ou de sommeil prolongé, de la distraction; en un mot, de tout ce qui peut se rattacher à la constitution, au tempérament, aux idiosyncrasies, à l'âge, aux différentes époques de la vie du malade, à ses habitudes, etc., etc.

Prognostic. — C'est ici que le médecin doit procéder avec la plus grande circonspection. Si l'issue de la maladie doit être funeste, il fera ses efforts pour en cacher la gravité au malade, et même, dans la consultation, jettera quelques paroles d'espérance, mais en ayant soin toutefois de faire connaître son opinion au médecin ordinaire par une lettre particulière; si la terminaison est douteuse, il se tiendra sur la réserve, et évitera, autant que possible, de s'étendre sur les conséquences ultérieures de la maladie.

Nous terminerons cet article par un essai de consultation, en priant le lecteur de le considérer avec nous comme un cadre dans lequel nous avons essayé de faire entrer les principales parties dont se compose ce genre d'écrits, et non comme un modèle qu'il n'entre nullement dans notre intention de lui offrir.

Réponse au Mémoire à consulter.

D'après l'étude que j'ai faite du mémoire qui m'a été adressé par M. le médecin ordinaire du malade, je crois pouvoir résumer ainsi qu'il suit l'histoire pathologique de M. le consultant....

(Vient l'analyse sommaire du Mémoire à consulter, et l'énoncé des principales particularités que peut offrir la maladie, commençant ainsi : « Monsieur, pour lequel j'ai l'honneur d'être consulté.... etc. »)

« De cette exposition il résulte pour moi que M. le consultant est atteint de.... maladie suffisamment caractérisée par.....

(Placer ici la réunion des signes qui ont servi à établir le diagnostic.)

» Les principales indications qui me paraissent devoir fixer l'attention sont les suivantes, que je soumets d'ailleurs à la sagacité de M. le médecin ordinaire chargé de diriger le traitement...

(Enoncer ces diverses indications par ordre de numéros.)

» Pour parvenir le plus promptement possible au but que je viens d'indiquer, je proposerais à M..... (le nom du médecin) l'emploi des moyens ci-après dont j'ai souvent eu lieu de me louer dans des circonstances semblables, et dont quelques-uns ont spécialement fixé l'attention des praticiens qui ont écrit sur la maladie dont M. le consultant est affecté.

(Détailler le traitement, en ayant soin d'indiquer plusieurs médicamens, plusieurs formes médicamenteuses capables de remplir les mêmes vues, afin que, si l'un ou l'autre venait à échouer, ou que leur application devînt impossible, le médecin ordinaire pût leur substituer ceux qui lui paraîtraient les plus opportuns.)

» Si, après avoir suivi avec persévérance le traitement indiqué ci-dessus, M. le consultant n'en obtenait pas les résultats désirés, il conviendrait de passer à l'usage de cet autre traitement établi sur les mêmes bases que le précédent, mais en différant par....

(Alors on entre dans les détails de ce second plan de traitement, qui, comme le précédent, doit se composer de plusieurs séries de moyens tendant au même but.)

» Quant au régime diététique et au traitement hygiénique auxquels doit être soumis M. le consultant, pendant le cours de la maladie, comme durant et après la convalescence, je les regarde comme d'une telle importance pour atteindre les heureux résultats que nous nous proposons, que je crois, à cet égard, devoir entrer dans quelques détails...

(Exposé du traitement hygiénique pendant la maladie, lors de la convalescence et après la guérison. Dans quelques circonstances, on peut terminer ainsi ce qui a rapport au traitement.)

Je laisse, à M. le médecin ordinaire le soin de s'expliquer plus tard sur l'opportunité de quelques eaux minérales, et de décider celles qui, prises sur les lieux, pourraient devenir utiles.

» Quant à ce qui touche le prognostic et les conséquences ultérieures de la maladie de M. le consultant, je crois partager complètement la manière de voir de M. le médecin ordinaire, en disant ... etc.

» Je ne finirai pas cette consultation sans rappeler que, si le traitement indiqué ci-dessus n'était pas suivi immédiatement du soulagement que nous sommes en droit d'en attendre, il ne faudrait point juger trop précipitamment de son inefficacité, car l'expérience démontre que ce n'est souvent qu'après un temps plus ou moins long, à la saison suivante quelquefois, que les heureux effets d'un traitement se font sentir; vérité rendue journellement palpable pour la plupart des praticiens par les soulagemens tardifs mais assez généralement constans qu'éprouvent ceux de nos malades qui se rendent aux eaux minérales. Enfin, si l'existence d'une cause matérielle, ou une altération trop profondément enracinée, rendait impuissant le mode de traitement que nous venons de développer, traitement qui nous a été dicté par notre propre expérience et par celle des maîtres de l'art, de nouveaux documens nous deviendraient indispensables, et à cette occasion, je ne puis trop recommander à M. le consultant, comme à M. le médecin ordinaire d'observer avec le plus grand soin les effets des agens thérapeutiques qui sont conseillés ici. »

Fait à.... ce....

L. Martinet.

ANNALES

DE

LA MÉDECINE PHYSIOLOGIQUE.

PAR F.-J.-J. BROUSSAIS, PÈRE,

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, MÉDECIN EN CHEF ET PREMIER PROFESSEUR A L'HOPITAL MILITAIRE D'INSTRUCTION DE PARIS ETC., ETC.

MAI 1833.

CLINIQUE MÉDICO-CHIRURGICALE.

De l'Influence du régime alimentaire dans les pays chauds et de la Sobriété des Arabes du désert;

Par M. L. LABAT,

Docteur-médecin, ex-chirurgien du vice-roi d'Égypte.

Un long séjour dans les provinces méridionales de la France et de fréquens voyages en Afrique, aux Antilles, et sur les côtes de la Syrie, m'ayant fourni l'occasion d'apprécier les diverses influences du régime sur l'organisation humaine, et particulièrement les incontestables avantages de la diète chez l'homme malade et de la sobriété chez l'homme en état de santé, j'ai pensé qu'une esquisse rapide des considérations physiologiques qui s'y rattachent ne serait pas dénuée d'intérêt.

Après avoir recueilli les faits, les avoir étudiés et comparés entre eux, voici quel a été le résultat de mes observations pratiques, sur ce point important d'hygiène.

L'Européen, qu'une navigation rapide a transporté de son climat tempéré en Égypte ou dans tout autre pays très-chaud, y apporte d'ordinaire ses goûts, ses penchans et ses habitudes.

Dans la généralité des cas, il ne prend pas assez en considération que sa constitution naturellement forte et douée d'une riche sanguification, n'est point en accord avec la nouvelle atmosphère qu'il respire; il sent bien, comme le dit le vulgaire, que son sang bouillonne dans ses veines; mais il ne peut bien comprendre, à moins qu'il ne soit médecin physiologiste, que ses organes continuellement surexcités par l'action stimulante de la chaleur, et par un surcroît d'innervation, deviennent plus impressionnables à l'action phlogistique du sang. Parfois, même, la dilatation des vaisseaux qui le contiennent n'étant pas proportionnée à celle que ce fluide éprouve il y a plénitude et gêne dans tout le système vasculaire sanguin, stagnation et engorgement dans les extrémités capillaires; on dirait presque un commencement d'asphyxie dans les organes parenchymateux, et de congestion vers l'encéphale.

Dans des circonstances pareilles, un médecin observateur reconnaît bien vite quels sont les organes habituellement irrités, ou ceux qui sont de nature très irritable. Presque toujours la sur-irritation commence par s'établir dans l'appareil muqueux du canal digestif, dans le cœur, dans l'encéphale, d'où elle fait ensuite son explosion sur les autres viscères du second ordre, au premier appel d'une stimulation accidentelle. Si un des organes était déjà atteint d'une irritation chronique avec altération de tissu, l'influence inaccoutumée d'une vive chaleur ne peut alors qu'augmenter son état inflammatoire et précipiter sa destruction.

En outre, nous devons aussi considérer que l'influence de la chaleur déterminant un accroissement remarquable de la transpiration, cette dernière ne peut continuer longtemps, sans donner lieu à une diminution proportionnelle dans la sécrétion des liquides muqueux, qui lubréfient les surfaces des voies digestives. Or, les sucs gastriques étant peu abondans, et la bile se trouvant moins délayée, elle doit irriter plus vivement les surfaces intestinales et le duodénum en particulier.

Une chose digne de remarque, c'est que les poumons ne sont pas au nombre des organes prédisposés à l'inflammation par l'influence de la chaleur atmosphérique : au contraire l'appel fait à l'extérieur les préserve de la sur-irritation et peut même les en délivrer, à moins que leurs tissus ne soient déjà altérés; dans ce dernier cas, le climat chaud hâte rapidement la fin du malade.

L'homme doué d'un tempérament sanguin, chez lequel

l'hématose prédomine, ne tarde point à éprouver des vertiges, des sifflemens d'oreilles et des douleurs de tête gravatives; celui qui a un tempérament bilieux, ressent bientôt une gêne et un malaise à l'épigastre, s'irradiant dans tous les sens et ne laissant aucun doute sur le surcroît d'excitation gastro-duodénale, qui, d'un moment à l'autre, devient le point de départ de quelque grave maladie. Est-il d'un tempérament nerveux? les voies digestives se trouvent de prime-abord sous l'influence d'un excès d'innervation; les organes de relation semblent se sur-oxigéner et se consumer par la chaleur. Mais bientôt une partie de cette vive excitabilité s'éteint, et l'équilibre ne tarde pas à se rétablir. On voit même ce dernier genre de constitution s'acclimater plus facilement que tout autre dans les pays les plus chauds, tels que le Sennar, la Nubie et l'Abyssinie.

Quant à la constitution dite lymphatique, l'influence du climat chaud est d'abord à peine sensible sur elle. Les fonctions, il est vrai, semblent, dans les premiers momens, éprouver un surcroît d'activité dont elles manquaient auparavant, mais en peu de temps, un état de torpeur et de somnolence, une incapacité de mouvemens actifs, plonge l'individu dans un *far niente* irrésistible dont rien ne peut le faire sortir.

Ces considérations générales admises, et le tempérament de chaque individu pouvant, à peu de chose près, se classer dans une des quatre sections que nous venons de désigner, ou dans une subdivision de tempéramens mixtes qui toutefois n'en laissent pas moins apercevoir la prédominance marquée d'un système organique quelconque (1), nous allons examiner maintenant, quelles sont les nombreuses modifications que le régime alimentaire peut apporter à cette action de la chaleur sur l'organisme.

On sait qu'un des précieux avantages de la sobriété, c'est de n'exciter que modérément les organes digestifs, d'où il advient que l'estomac n'étant pas trop stimulé, agit moins fortement sur le cœur et le cerveau, ce qui permet à ces deux organes importans de conserver leur action normale, pour peu que les autres circonstances concourent au même but.

En effet, une alimentation abondante et trop stimulante, fournissant une grande quantité de sang, riche de cruor, de fibrine, de gélatine et d'albumine; augmentant l'irritation de l'estomac quand elle a déjà lieu, et la provoquant lorsqu'elle n'existait pas, il est facile de comprendre quelles doivent en être les graves conséquences dans les pays chauds, où ces organes sont éminemment excitables. Pour s'acclimater promptement et sans danger dans ces contrées brûlantes, il faudrait, comme on le dit vulgairement, s'apauvrir le sang : la sobriété et les bains sont les meilleurs moyens d'y parvenir.

Le fellah (1) et l'Arabe du désert, sobres par nature ou par instinct, le sont encore davantage par l'observation journalière des faits. L'expérience leur démontre à tout instant, que l'homme le plus vigoureusement constitué ne pourrait supporter les chaleurs intenses du soleil, s'il n'avait la précaution, avant de se mettre en route, de ne prendre qu'une très petite quantité d'alimens; ils savent que, lorsqu'on est à jeun, ou qu'on a peu mangé, la peau est fraîche, la respiration facile, la tête dégagée, et les articulations souples, quelle que soit la chaleur à laquelle on se trouve exposé. Le Bédouin a très bien observé aussi, que son cheval ne saurait supporter les fatigues d'une longue course sur des sables arides, s'il n'avait eu soin de lui donner une faible ration de *paille* et *d'orge*, tandis que, durant la fraîcheur de la nuit, il le laisse prendre sa nourriture à volonté. Au lever du soleil, l'habitant du désert, leste et dispos, monte sur son coursier, parcourt du matin au soir l'immensité du désert, n'emportant quelquefois pour toute provision de jour qu'un petit sac de farine et une petite outre remplie d'eau. Cette poche en cuir, qu'il nomme *zinzamia*, et qu'il suspend au pommeau de la selle est le plus indispensable de ses ustensiles de voyage. Le complément de son équipement est une coupe en bois, dans laquelle il pétrit quatre ou cinq boulettes de pâte de la grosseur d'une noix, qui, cuites sur un peu de braise, ou simplement desséchées au soleil, constituent très souvent toute la nourriture d'un longue journée d'été. Pendant les courses d'automne et d'hiver, époque à laquelle la chaleur du soleil est plus facile à supporter, les *tartari* (2) et les *sahai* (3) ajoutent à leurs provisions de voyage une espèce de rôti, nommé *kaliah*, viande très desséchée, et qu'on peut conserver longtemps.

Tel est le simple équipement et tout l'approvisionnement des courriers d'Orient, qui, montés sur des dromadaires, encore plus sobres que leurs maîtres, parcourent en très peu de tems des distances qui paraissent incroyables (4).

Dans son histoire de l'Egypte sous le gouvernement de Mohamed-Ali, M. Mengin rapporte, qu'en 1811, le vice-roi, pressé de se rendre de Suez au Grand-Caire, y arriva en dix-huit heures; la distance est de plus de soixante-dix lieues.

Voici de quelle manière les estafettes égyptiennes, persannes et syriennes, traversent en peu de jours les immenses solitudes qui séparent ces contrées. Les Arabes qui se destinent à la profession de courrier ne sont reconnus aptes à ce genre d'état, qu'après s'être habitués, bien à l'avance et par gradation, à une alimentation très restreinte : la sobriété, une bonne santé et une fidélité à toute épreuve,

---

(1) Je suis loin d'adopter cette classification vicieuse des tempéramens, dont la dénomination usée devrait même être rejetée, parce qu'elle ne se rattache qu'à des théories humorales d'un intérêt secondaire. La division rationnelle adoptée par M. Broussais me paraît préférable à toutes les autres, parce qu'elle repose sur la prédominance relative des fonctions d'un organe principal, ou d'un système d'organes susceptibles, par leur haut degré d'influence, d'imprimer à l'économie vivante une disposition particulière. Je ne me suis donc servi des anciennes distinctions que pour être mieux compris des personnes que cet article intéresse plus particulièrement.

(1) Le paysan égyptien.

(2) Courriers des princes; ils font 70 lieues par jour.

(3) Courriers pour le commerce; ils font 50 lieues par jour.

(4) Il est des dromadaires de bonne race qui font soir et matin trente lieues d'une seule traite. Ils peuvent, dans des circonstances forcées, rester 72 heures sans boire ni manger.

sont les trois garanties indispensables pour exercer cette profession. Le moment du départ arrivé, ils s'enfoncent dans la profondeur des déserts, où ils ne trouvent qu'à de très grandes distances, un hangar, *deroua*, où ils peuvent reprendre haleine et préparer leur nourriture, qui consiste, comme nous l'avons dit, en quelques boulettes de farine, d'eau, de sel, et rarement d'un peu de beurre. Une tasse de café sans sucre et une pipe de tabac sont pour eux un surcroît de bien-être qu'ils ne se procurent d'ordinaire qu'à la halte du soir, lorsqu'ils arrivent au caravansérail, *mahatta* (1). Peu de temps après, le cavalier dromadaire reprend sa course, qu'il continue encore pendant l'espace de trente ou quarante lieues, se contentant durant tout ce temps d'avaler quelques petits morceaux de gomme arabique.

Le régime du courrier à pied est à peu près le même : armé d'un bâton, posé sur les épaules, derrière le cou, afin d'y soutenir ses bras, il parcourt, pour la modique somme de dix francs, un espace de trente ou quarante lieues, et va s'acquitter d'une missive, dont il rend réponse à la fin du quatrième jour.

Durant mon séjour à l'hôpital d'Abou-Zabel, j'avais à mon service un *says* (2), âgé de 40 ans, qui, lorsque je sortais à cheval, était obligé de me suivre à pied, quelle que fût la rapidité de ma course. Il pouvait parcourir 18 lieues dans un jour, ne prenant pour toute nourriture qu'un morceau de pain, deux ou trois dattes et un verre d'eau.

En Égypte et en Syrie, j'ai eu occasion de m'entretenir avec quelques-uns des Bédouins ou fellahs qui exercent la pénible profession de courriers à pied ; on les nomme *mersals* : ils m'ont tous assuré que, sans un régime très sévère, qui ne nécessite qu'une petite quantité de boisson, il leur serait impossible de fournir à une longue course, surtout par un soleil ardent. Si par imprudence ils s'écartent de cette indispensable sobriété, un brisement général de tous leurs membres, des pesanteurs de tête, l'impossibilité de supporter la chaleur et la vive réverbération du sable sans en être suffoqués ; un besoin continuel de dormir, une transpiration abondante et incommode, le danger qu'il y aurait alors à traverser à la nage les sinuosités du Nil, et ses canaux d'irrigations ; enfin l'oppression, les hémorrhagies nasales, et parfois même des vomissemens ou crachemens de sang ; tels sont les nombreux inconvéniens qui les empêchent de continuer une course, que, dans des circonstances contraires, ils eussent terminée avec facilité.

Un jour d'été, en 1825, me rendant de l'hôpital d'Abou-Zabel au Grand-Caire, je rencontrai sur la route sablonneuse du désert une famille de *mogrebins* (1), qui revenaient de la Mecque, et retournaient à Maroc, leur patrie. J'eus d'abord peine à comprendre comment des êtres maigres, hâlés par un soleil brûlant, qui, à l'heure de midi, s'élève quelquefois de 45 à 50 degrés, qui n'ont qu'une besace pour tout bagage, qu'une seule monture pour porter leur provision d'eau, de dattes et de biscuits, pouvaient se hasarder à parcourir une aussi grande étendue de pays, au travers de difficultés qui me paraissaient presque insurmontables. Quelques instans de réflexions sur les précieux avantages d'une modique alimentation sous les zônes torrides, me donnèrent l'explication d'un fait, qui, d'après nos habitudes européennes, paraissait inconvenable. En effet, ce n'est point dans les latitudes brûlantes, qu'il convient d'augmenter la quantité des alimens et des boissons alcooliques, en raison directe de la longueur des marches qu'on est obligé de faire. Aussi les Orientaux et surtout les Arabes sont-ils sobres, quoique naturellement doués d'un bon appétit. Les Bédouins et les fellahs satisfont tous leurs besoins alimentaires, en ne prenant qu'un morceau de biscuit avec du fromage durant le jour, et une soupe aux lentilles, ou de la bouillie de froment le soir, après le coucher du soleil. La misère n'est point comme on l'a dit, la seule cause de leur sobriété ; la preuve de cette assertion, c'est que, lorsqu'ils se mettent au service des Européens, ils n'en imitent pas l'intempérance.

Nous devons donc conclure, qu'en arrivant en Egypte ainsi que dans tous les pays situés entre les tropiques, il faut se tenir en garde contre *tout genre d'excès*, principalement durant les premiers temps. On ne doit surtout abuser, ni de la nourriture animale, ni des spiritueux ; l'on doit suivre de préférence un régime végétal, sans cependant trop se laisser aller au penchant qu'on éprouve à manger des fruits. Les voies digestives ne sont pas alors trop excitées, et l'on se trouve dans les conditions les plus convenables pour être préservé de l'ophthalmie, de la dyssenterie et autres maladies très fréquentes dans ces climats.

Notre confrère et ami, M. Clot-Bey, chirurgien en chef des armées du vice-roi d'Egypte, m'a fourni, pendant mon séjour dans ces contrées, un des exemples les plus frappans que je puisse rapporter sur les heureux effets d'un régime sévère dans les pays chauds.

Faible de constitution, mais doué d'une activité morale qui ne lui permettait pas de garder un seul instant de repos, M. Clot-Bey arriva en Égypte, dans les dispositions les plus contraires à un heureux acclimatement. Il entreprit de fonder et de perfectionner en même temps un nouveau service médico-chirurgical, également applicable à l'hôpital central d'Abou-Zabel, et aux ambulances de l'armée. Nuit et jour cette organisation devint pour lui l'objet d'un travail presque continuel. De nombreuses courses dans le désert, à toutes les heures du jour et de la nuit, l'exposaient sans cesse à la rosée du matin et au soleil ardent de midi ; M. Clot-Bey supporta toutes ces rudes épreuves, sans que sa santé en éprou-

(1) Espèce de campement composé de tentes et de chaumières où l'on ne s'arrête qu'à la fin de la journée. Ce sont les tribus bédouines qui tiennent ces espèces d'hôtellerie isolées dans le désert.

(2) Les *says*, ou palfreniers égyptiens, sont des Arabes, qui, dès leur enfance, contractent l'habitude de courir presque aussi vite et plus longtemps que les chevaux. Un bon *says* peut fatiguer deux chevaux dans le courant d'une journée.

(1) On appelle dans l'Orient *mogrebins*, ou plus correctement *mogharbins*, les Arabes des états barbaresques. Ce mot vient de *gharb*, qui signifie *ouest*, parce que leur pays est situé à l'occident de l'Egypte.

vât le moindre dérangement, tandis que la plupart de ses compatriotes, employés dans l'armée de Mohamed-Aly, étaient souffrans, malades ou moribonds. Pour me bien porter, nous disait-il, je n'ai eu qu'à imiter l'instinct de conservation, qui engage l'Arabe à n'user que d'une nourriture aussi légère que possible. Il ne fallait rien moins que cette extrême réserve dans le régime alimentaire, pour neutraliser l'excès de stimulation, produite par une forte chaleur et une grande activité physique et morale (1). Enfin, au bout de quelques mois, la constitution de M. Clot s'était considérablement améliorée; elle a fini par se fortifier, au point qu'il jouit maintenant d'une robuste santé, qui lui permet de continuer et compléter sans danger le beau système d'organisation médico-chirurgicale qu'il a fondé en Egypte.

Le simple essai d'une semblable organisation avait failli me coûter la vie. Ce fut par suite d'une grave maladie que je contractai, par excès de fatigue, à l'hôpital d'Abou-Zabel, que je me vis dans l'obligation de quitter l'Egypte, trois mois après l'arrivée de M. Clot-Bey.

Une circonstance digne de remarque, et qui vient bien à l'appui de l'exposé que je viens de faire, c'est que, dans tous les pays chauds, et particulièrement au Grand-Caire, les Européens qui s'y trouvaient sans fortune et sans emploi, par conséquent dans l'impossibilité de se livrer à des excès alimentaires, jouissaient en général d'une bonne santé. Mais aussitôt qu'ils étaient promus à quelque emploi bien rétribué, qui leur permettait de faire bonne chère, ils ne tardaient pas à éprouver tous les symptômes d'une gastro-entérite plus ou moins intense. J'ai souvent vu le nommé B...., qui nous servait à la table d'hôte du quartier franc, et qui, mieux que tout autre, pouvait juger de l'appétit de chacun de ses nombreux habitués, je l'ai vu, dis-je, désigner avec une précision désolante ceux des nouveaux arrivés qui devaient bientôt tomber malades. Il était rare qu'il se trompât, à moins qu'on ne fît appel de ses arrêts en se soumettant à un régime plus sévère, ce qui était doublement avantageux pour le maître d'hôtel et pour celui qui voulait se soustraire au mal dont il prévoyait la prochaine invasion.

Pour terminer, enfin, cet important sujet, qui, pour être convenablement traité, mériterait de plus grands développemens, je rapporterai une observation concluante, et qui me rappelle de bien douloureux souvenirs.

M. Gingibre, élève en médecine de l'école de Montpellier, mon camarade d'étude et mon intime ami, m'accompagna en Égypte en qualité de sous-aide-major. Atteint depuis longtemps d'une duodénite chronique, il éprouvait un continuel désir de manger, qui lui causait des digestions laborieuses. Cette extrême voracité, qui n'avait pas eu des suites très fâcheuses en France, devait bientôt avoir un résultat morte sur les côtes de la Syrie. En effet, l'irritation duodénale venant à s'accroître d'un jour à l'autre, le foie ne tarda point à participer à cet état de maladie; il s'hypertrophia, et Gingibre ressentit toutes les atteintes d'une gastro-duodéno-hépatite aiguë, qui fut combattue avec avantage, par un traitement antiphlogistique très énergique et longtemps soutenu par les bains et la diète sévère. J'espérais même que l'état aigu nous aurait fourni l'occasion d'enlever la duodénite chronique, dont le malade était tourmenté depuis si longtemps. Mais il n'en fut point ainsi : la convalescence de mon sous-aide-major fut pénible et orageuse par cause unique de son appétit désordonné. Ce n'était que par égard pour moi qu'il faisait des efforts pour le maîtriser; le désir de manger devint si violent, que rien ne put soustraire le malade à l'espèce de fatalité qui l'entraînait à sa perte. Ayant été moi-même obligé de partir de Damiette pour me rendre en Syrie, mon ami, quoique souffrant, voulut m'y accompagner; mais lorsque nous fûmes parvenus à Beyrut, petite ville située au pied du mont Liban, son état ne lui permettant pas de supporter les fatigues de la route, nous fûmes obligés de séjourner en ce lieu.

Peu de jours après, des circonstances impérieuses m'ayant mis dans l'obligation de me rendre à l'île de Chypre, je me séparai de Gingibre, qui, loin de continuer à observer le régime que je lui avais prescrit, profita de mon absence pour satisfaire son appétit, ce qui était devenu pour lui le comble de tous ses désirs.

Dès-lors, les symptômes s'aggravèrent, la fièvre devint continue, l'encéphale ne tarda point à participer aux désordres des voies digestives. Des douleurs contuses et lancinantes se manifestèrent à l'hypocondre droit et à l'épaule du même côté. Le délire survint, et précéda la mort de quelques heures seulement.

On ne saurait donc trop répéter que, si dans les régions humides et septentrionales il faut beaucoup de temps et de nombreux écarts de régime pour exalter la sensibilité des organes digestifs, le contraire a précisément lieu dans les pays chauds.

L'alimentation doit y être légère durant l'état de santé, afin de prévenir les maladies; et sévère pendant la convalescence, afin d'éviter les rechutes; mais c'est surtout dans la plupart des affections aiguës qui règnent dans ces contrées, qu'il est nécessaire de prescrire une diète absolue, c'est le *sine quâ non* d'une guérison prompte et durable.

En un mot, l'action de ces modificateurs habituels de l'organisme est tellement puissante dans les contrées brûlantes des tropiques, que c'est là surtout qu'on peut bien observer quels sont les heureux résultats de l'abstinence, dans les cas d'irritations gastriques les plus opiniâtres, et les bons effets d'un régime sévère dans le traitement des lésions traumatiques. « Il est vraiment étonnant d'apprendre, dit M. Larrey, dans sa relation chirurgicale de l'expédition de l'armée d'Orient, qu'avec quelques galettes de biscuit, un peu d'eau douce, qu'on portait avec chaque blessé, et l'usage seul de l'eau saumâtre pour leur pansement, un très grand nombre d'individus affectés de blessures graves à la tête, à la poitrine, au bas-ventre, ou privés de quelque membre, ont passé les déserts, d'une étendue d'environ 60 lieues, qui séparent la Syrie de

(1) Une grande vérité de médecine pratique, qu'il faut toujours avoir présente à l'esprit, c'est que lorsque la stimulation, est en excès du côté du moral, il faut aussitôt diminuer l'influence des modificateurs stimulans sur l'état physique; et *vice versâ*, sous peine de voir naître de grands désordres dans l'économie.

l'Égypte, sans nul accident et avec de tels avantages, que la plupart se sont trouvés guéris lorsqu'ils ont revu cette dernière contrée. » Nul doute que le changement de climat, l'atmosphère sèche et pure du désert, et la joie que chacun des blessés éprouvait de retourner au Grand-Caire, n'aient puissamment contribué à leur prompte guérison. Mais ce qui est plus évident encore, c'est que la diète forcée et l'absence complète de toute médication tonique, *dite fortifiante*, en furent la cause principale.

De la Cyanose ou des Affections diverses dans lesquelles la peau présente une coloration bleue;

Par L. LABAT,

Ex-chirurgien du vice-roi d'Égypte, membre de plusieurs sociétés médico-chirurgicales, etc.

On a donné le nom de cyanose à une maladie rare, dont le symptôme le plus apparent est une teinte bleue inégalement répandue sur toute la surface de la peau. De là, les dénominations de *maladie bleue, d'ictère bleue ou violet, morbus cœruleus, d'icteritina cœlestina seu cyanea, de morbus rarissimus, de cyanopathie, de cyanodermie,* et *de cyanodermose.* Cette dernière, tout incomplète qu'elle est, désigne mieux que les autres ce symptôme extérieur, provenant tantôt d'un vice de conformation du cœur ou de ses gros vaisseaux, tantôt d'une lésion considérable des poumons ou d'une aberration de leurs fonctions, et généralement de tous les obstacles qui gênent ou suspendent l'oxigénation du sang.

La cyanose congénitale ou acquise, continue ou intermittente, forme le onzième genre des *angioses*, dans la nosologie de M. Alibert, et le second genre des *désoxygénèses* de Baumes. Ce dernier auteur a rapproché de cette maladie l'ictère noir, *mélanchloros de* Fernel, *melasicterus* de Sauvages; quant au *morbus lividus* d'Hippocrate, aux *febres lividæ* d'Euriphon et de Galien, convient-il de les rapprocher du typhus, ou de la maladie bleue, produite par un vice organique du cœur?

Cette affection était peu connue des anciens; ils en ignoraient la cause, parce que les lois de la circulation leur étaient étrangères; en effet, cette maladie dépend presque toujours d'un vice de conformation du cœur ou de ses gros vaisseaux, par suite duquel le sang veineux ne pouvant se rendre dans le système pulmonaire, se mêle au sang artériel. Dans d'autres circonstances, la teinte cyanoïque ne provient que de la diminution de l'innervation sur les poumons, circonstances qui gênent ou suspendent l'artérialisation du sang veineux, comme cela arrive dans quelques cas d'empoisonnemens par les narcotiques et notamment par l'opium, ou dans le cas de ralentissement considérable de l'action du cœur, comme on l'observe dans certaines affections typhoïdes graves, le scorbut et le choléra-morbus épidémique. Cette dernière affection présente une autre cause très puissante de cyanose, c'est l'abondante évacuation de matières séreuses, qui, privant le sang d'une grande partie de son sérum, le rend épais et difficile à circuler. Bientôt il s'arrête, se refroidit, s'engoue dans le système veineux, et ne pouvant plus se rendre dans les poumons, il perd tous les avantages de la faible oxigénation qu'il pourrait encore y recevoir. Dans son examen des doctrines médicales, proposition 459, M. Broussais dit que la cyanose est quelquefois produite par la gastro-entérite chronique et se guérit avec elle.

Quant à la teinte bleuâtre et violacée qui survient quelquefois à la suite d'un violent accès de colère, elle est le résultat d'une congestion veineuse, causée par une gêne ou suspension momentanée de la circulation du sang noir.

Pour rendre aussi correcte et aussi complète que possible la définition de la cyanose, nous la définirons de la manière suivante: *Teinte bleue de la peau et des membranes, causée, soit par un vice de conformation des organes circulatoires ou pulmonaires, mettant obstacle à l'oxigénation du sang, ou déterminant le mélange immédiat du sang noir avec le sang rouge; soit par une obstacle quelconque à la circulation, occasionant une congestion veineuse générale et prolongée.* L'altération de la couleur des tégumens n'est donc qu'un des principaux symptômes de cette affection; les conditions nécessaires à sa production sont les vices d'organisation du cœur ou de ses gros vaisseaux, et, dans quelques circonstances, une altération de fonction, ou une vicieuse conformation du système pulmonaire (1). Cooper rapporte l'histoire

---

(1) Pour mettre tous les lecteurs dans la possibilité de de bien comprendre les phénomènes curieux de cette singulière maladie, il ne sera peut-être pas inutile, avant d'entrer en matière, de rappeler en peu de mots la conformation du cœur et le rôle important qu'il remplit dans la circulation artérielle et veineuse: *Indocti discant et ament meminisse periti.* Le cœur, organe conoïde, creux et musculaire, renfermé dans une capsule séreuse nommée péricarde, située entre les deux poumons vers la partie moyenne de la poitrine, un peu à gauche, présente chez l'homme ainsi que chez les quadrupèdes, quatre cavités, deux inférieures charnues annexées, qu'on nomme *ventricules*, et deux supérieures moins grandes, musculo-membraneuses, également annexées, qu'on appelle *oreillettes.* Chacune de ces dernières communique avec le ventricule du même côté; mais dans l'état naturel il n'y a point, comme dans le fœtus, une ouverture de communication entre les deux oreillettes, ni entre les deux ventricules, ce qui a fait considérer le cœur, par quelques anatomistes, comme un organe double, formé d'un cœur droit *pulmonaire* pour le sang noir, et d'un cœur gauche *aortique*, destiné au sang rouge.

Il existe deux mouvemens circulaires du sang; la grande et la petite circulation. La première a pour objet de porter le sang rouge, du ventricule gauche dans toutes les parties du corps, d'où les veines le ramènent à l'état noir, dans l'oreillette droite. La seconde porte le sang noir du ventricule droit dans les deux poumons, d'où il revient à l'état rouge dans l'oreillette gauche. La disposition et la communication de ces cavités font aisément comprendre la marche non interrompue que suit le sang, soit pour aller vivifier les organes, soit pour aller s'oxigéner dans les poumons. — La grosse artère qui part du ventricule gauche porte le nom d'*aorte*, et les deux vaisseaux qui se rendent à l'oreillette droite sont appelés *veines caves.* Le grand tuyau artériel

d'une famille dont les douze enfans, affectés de vices de conformation du cœur, présentaient à des degrés différens tous les signes apparens d'une cyanose héréditaire; quatre seulement survécurent.

Lorsque la cyanose est de naissance, il existe presque toujours une communication directe entre les cavités droites et les cavités gauches du cœur; soit par la persistance de l'ouverture inter-auriculaire, nommée trou de *Botalli*, qui permet le passage du sang veineux de l'oreillette gauche dans la droite; soit au travers d'une perforation de la cloison des ventricules; soit par l'intermédiaire du canal artériel dont l'oblitération ne s'est point opérée après la naissance; soit parce que l'artère aorte ou l'artère pulmonaire sont implantées, moitié sur le ventricule droit et mi-partie sur le gauche, pendant que leurs veines se terminent comme à l'ordinaire. Ce dernier cas est sans contredit un des plus graves qui détermine la couleur bleue au plus haut degré. Baillie, Langstaff et Farre, rapportent des exemples de cette singulière aberration. On a aussi observé un cœur où les artères aorte et pulmonaire, naissaient du ventricule gauche, le droit étant presque affacé et la cloison interventriculaire perforée d'une large ouverture.

La plupart de ces communications anormales des cavités du cœur, correspondent à des dispositions normales des premiers linéamens de l'organisation du fœtus. Ce sont des ouvertures primitives qui existent durant les premières époques de la vie du fœtus, et dont l'oblitération ne s'est pas opérée comme cela a lieu, dans l'état naturel; c'est une suspension, un véritable arrêt de l'organogénie du cœur.

Vieussens a observé, chez un enfant venu à terme, mais qui mourut trente-deux heures après sa naissance, un exemple de cyanose, causée par une oblitération prématurée du trou de Botalli. « La surface du corps était plombée, les poumons gorgés de sang, le ventricule droit du cœur plus grand que dans l'état naturel, l'artère pulmonaire extraordinairement dilatée : il n'existait aucun vestige du trou ovale. »

Quelquefois le trou de *Botalli* persiste après la naissance, ou se rétablit après s'être oblitéré : l'on conçoit aisément que des cris très forts et prolongés chez de jeunes nourrissons, puissent déterminer le rétablissement de la communication inter-auriculaire qui avait lieu durant la vie fœtale. Chez quelques-uns la cloison inter-ventriculaire est incomplète ou manque totalement, et chez d'autres, il y a communication simultanée entre les oreillettes et les ventricules. Enfin, on a vu des cœurs qui ne présentaient qu'une seule cavité, dans laquelle on ne trouvait que l'ébauche primordinale des cloisons qui devaient former les quatre cavités. Quelquefois l'absence complète de la cloison inter-auriculaire, a fait admettre l'existence d'une seule oreillette pour les deux ventricules; et dans d'autres cas, beaucoup plus rares, le défaut absolu de la cloison inter-ventriculaire, a laissé supposer qu'il n'y avait toujours eu qu'un seul ventricule. La réunion de ces deux vices de conformation pouvant exister simultanément, a offert quelques exemples de cœurs humains semblables à ceux des reptiles, c'est-à-dire n'ayant qu'une oreillette et un seul ventricule.

A tous ces vices de conformation que nous venons d'indiquer, correspondent d'autres dispositions anormales des gros vaisseaux artériels ou veineux; telles sont entre autres : l'oblitération plus ou moins complète de l'artère pulmonaire, et d'autres fois, le rétrécissement considérable de l'aorte. Le sang ne pouvant alors s'échapper librement du cœur, est obligé de se fouler dans l'intérieur de cet organe, dont les cloisons, fortement dilatées, finissent quelquefois par se déchirer, lors même que leur oblitération était déjà bien opérée. Cependant, nous devons faire observer que dans la majorité des cas, ces communications anormales n'existent que parce qu'elles n'ont pu s'oblitérer.

La persistance ou le rétablissement du trou de *Botalli*, coïncide surtout avec le rétrécissement de l'orifice *auriculo-ventriculaire* droit. Ces entraves à la consolidation complète de la cloison *inter-auriculaire* peuvent aussi être causées par la persistance de la circulation fœtale, lorsque après la naissance les fonctions respiratoires, peu développées, ne permettent au sang qu'un abord difficile dans les poumons.

Le défaut d'oblitération du trou de *Botalli* est le plus fréquent des vices de conformation du cœur, donnant lieu à la cyanose, tandis que le plus rare est l'existence d'un cœur formé d'une seule cavité. C'est entre ces deux grandes divisions que l'ont peut classer toutes les autres dispositions anormales de ce genre, qui ne sont que les différentes gradations des deux principales que nous venons de désigner.

Ce n'est qu'après la mort que l'on peut réellement reconnaître tous ces vices de conformation; durant la vie, toutes ces lésions organiques, ainsi que les aberrations vitales qui s'y rattachent ont cela de particulier, qu'elles ne permettent point la libre oxigénation du sang veineux. De là, le symptôme commun à toutes, c'est-à-dire la coloration bleue de la peau. Toutefois, cette couleur, qui peut varier depuis la teinte bleuâtre jusqu'au pourpre foncé, presque noir, comme Farre l'a observé, ne peut être d'aucune utilité pour reconnaître le vice de conformation des organes circulatoires. Le diagnostic de ce genre de lésion, ne pourrait avoir un caractère de probabilité, qu'autant qu'il serait aidé de l'emploi du sthétoscope de Laennec, appliqué d'après les principes rigoureux de M. le docteur Piorry. En effet, l'autopsie a constaté que le bruit de soufflet et le frémissement *cataire*, que l'on entend chez quelques sujets atteints de cyanose, sont dus au rétrécissement des orifices auriculo-ventriculaires, ou ventriculo-pulmonaires, etc., etc.

En général, la cyanodermose indique que contrairement au but de la nature, les deux systèmes circulatoires sont confondus, ou du moins qu'il existe entre eux une communication anormale qui, non-seulement occasione le mélange du sang noir avec le sang rouge, mais encore, nuit à la con-

---

qui prend naissance au ventricule droit se nomme *artère pulmonaire*, et les conduits qui ramènent le sang à l'oreillette gauche sont connus sous la dénomination de *veines pulmonaires*; il y a chez le fœtus, entre l'artère pulmonaire et l'aorte, un vaisseau de communication qu'on nomme *canal artériel*: il commence à s'oblitérer aussitôt après la naissance, c'est-à-dire lorsque la respiration s'est établie. Nous bornerons ici notre courte exposition anatomique et physiologique des organes de la circulation.

version du sang veineux en sang artériel. De là est venu la nécessité de ne désigner cette maladie que d'après son principal symptôme, puisque ce n'est que sur le cadavre qu'on peut reconnaître, d'une manière assurée, le genre de lésion organique qui la constitue.

Cependant M. Ferrus prétend, que des faits nouvellement observés sembleraient détruire les conséquences que nous venons d'émettre. 1° On a vu, dit-il, la coloration bleue de la peau exister à un degré très intense, sans que l'ouverture du cadavre, ait pu faire découvrir des communications anormales, susceptibles de permettre le mélange des deux sangs et sans qu'elle ait pu montrer aucun vice organique du cœur, ni de l'appareil respiratoire; 2° on a vu, d'autre part, ajoute-t-il, le trou de *Botalli* ne pas s'oblitérer pendant de longues années, et la couleur de la peau ne pas être sensiblement altérée. 3° Dans d'autres cas, où les tissus ne devaient recevoir que du sang noir on n'a pas remarqué non plus que la peau eût changé de couleur. C'est ainsi que M. Breschet a vu chez un enfant d'environ un mois l'artère sous-clavière gauche prendre naissance de l'artère pulmonaire, sans que cette disposition singulière, qui ne laissait pénétrer dans le membre thoracique gauche que du sang veineux, eût apporté la moindre modification dans la coloration et le développement de ce membre. D'après ces faits M. Ferrus se croit en droit d'établir que le mélange du sang noir et du sang rouge ne produit point la cyanose, et que cette maladie ne dépend que d'un obstacle à la circulation. Voilà du moins comment l'auteur d'une analyse critique des opinions de M. Ferrus, les a reproduites dans un article, inséré dans les *Annales de la médecine physiologique* (novembre 1831).

Dans le premier cas, qui est fort rare, puisqu'on n'en connaît que trois bien avérés, décrits par Lentin, Trotter et Marcet, il devait probablement exister une prédominance considérable du système veineux, accompagnée peut-être d'un vice ou d'une diminution d'innervation sur les poumons, qui nuisaient à la décarbonisation et à l'oxigénation du sang veineux. Mais comme on ne possède pas des notions assez positives sur ces trois observations, nous sommes obligés de convenir que, dans ces circonstances exceptionnelles, on ignore quelle est la modification que l'acte vital a éprouvée, pour donner lieu à un phénomène aussi extraordinaire. Nous reviendrons, d'ailleurs, sur ce point important, pour le traiter avec plus de détails.

Dans le second cas, on peut répondre à M. Ferrus : qu'il est vrai que, chez certains sujets, ainsi que nous l'avons démontré, la peau n'était point colorée en bleu, quoiqu'il existât une communication entre les cavités gauches du cœur; mais que peut-on conclure de là, si ce n'est que, malgré l'existence de cette communication, le courant de sang noir arrivant dans l'oreillette droite, avec une forte impulsion et dans une direction convenable, pénétrait facilement dans le ventricule droit, sans refluer dans l'oreillette gauche, où aurait pu s'opérer le mélange avec le sang rouge. Nous pourrions encore répondre avec MM. Corvisart, Richerand, Gintrac, Bouillaud et J. Cloquet, *dans certains cas*, les cavités droites et gauches du cœur, possédant une force à peu près égale, et leurs orifices étant également libres, le sang qu'elles contiennent ne tend à dévier ni d'un côté ni de l'autre. Si l'on réplique qu'un tel équilibre entre les deux colonnes sanguines est purement imaginaire, on ne contestera pas du moins que, dans quelques-unes des circonstances où existe ce vice de conformation, le passage du sang de l'oreillette gauche dans la droite étant plus ou moins difficile, il ne se mêle dans ce cas qu'une très petite quantité de sang noir au sang rouge, de telle sorte, qu'il ne peut en résulter aucun changement appréciable dans la couleur de la peau. Pour ce qui est d'un mouvement inverse du précédent, et d'après lequel une partie du sang artériel pourrait s'introduire dans la cavité gauche du cœur, pour s'y mêler avec le sang noir, nous n'avons point à nous en occuper. L'objection la plus importante de M. Ferrus serait donc l'observation rapportée par M. Breschet : il est vrai qu'elle est en opposition directe avec les nombreux exemples observés jusqu'à ce jour, d'où il résulte que la couleur bleue de la peau a constamment existé toutes les fois qu'il y a eu mélange du sang rouge. Ce fait isolé, qui a été observé chez un sujet qui n'a vécu que trente jours, chez lequel on n'avait pu supposer *à priori* l'existence d'une pareille anomalie, et qui, par conséquent, ne pouvait offrir aucun intérêt d'examen sous ce point de vue, durant sa courte existence, doit-il contrebalancer et détruire une opinion contraire, basée sur un nombre infini d'autres faits, sur l'authenticité desquels on ne peut émettre le moindre doute? Nous sommes certainement bien éloignés de douter de la sagacité et du mérite d'observation, dont M. Breschet donne journellement des preuves; mais dans le cas de cet enfant, s'est-il assuré qu'il n'existait point quelque collatérale, ou anatomose accidentelle très développée, qui aurait pu porter dans le bras une quantité de sang rouge, susceptible de contrebalancer le flux de sang noir, que l'artère sous-clavière, insérée sur le tronc pulmonaire, charriait dans le bras gauche? Et cette sous-clavière possédait-elle tout son développement normal? Si de nouveaux cas analogues à celui recueilli par M. Breschet se rencontraient dans la pratique, il faudrait d'abord s'assurer s'il n'existerait pas quelqu'une des circonstances que nous venons d'énoncer : ce ne serait qu'après que l'examen le plus attentif n'aurait pu les constater, qu'on devrait faire les recherches les plus opiniâtres, pour tâcher de découvrir pourquoi une partie qui reçoit du sang noir au lieu de sang rouge, conserve sa couleur ordinaire, phénomène qui, d'après nos connaissances actuelles ne semble guère moins rebelle à toute explication qu'un véritable miracle. Mais revenons à notre sujet principal.

Quoique la cyanose paraisse affecter plus spécialement l'enfance que toute autre époque de la vie, on l'a cependant vue survenir à un âge avancé, mais les exemples en sont rares.

Afin de mieux résumer toutes les causes qui peuvent donner lieu à la couleur bleue de la peau, il convient de les diviser en deux classes; nous rattacherons à la première tous les obstacles à la circulation, susceptibles de diminuer ou de suspendre la conversion du sang veineux en sang artériel, et nous rapporterons à la seconde les nombreux vices de conformation du cœur, par suite desquels le mélange des deux espèces de sang a continuellement lieu.

En général, toutes les entraves qui gênent pendant longtemps la circulation centrale, déterminent une stase san-

guine dans le système veineux, et facilitent le développement de la cyanodermose. Nous placerons ici en première ligne les engorgemens tuberculeux des poumons, accompagnés d'adhérences étendues de ces organes à la plèvre costale, état morbide, qui, nuisant au libre exercice des fonctions respiratoires, s'oppose à la pénétration d'une quantité suffisante d'air dans la poitrine : Howison et Lentin en rapportent deux observations fort remarquables. Tel est aussi le résultat de certaines flétrissures des poumons, provenant d'une diminution d'innervation sur ces organes, ce qui ne permet qu'une oxigénation imparfaite du sang; la teinte cyanoïque peut encore avoir lieu par le seul effet d'une prédominance considérable du système veineux sur le système artériel.

Marc rapporte l'observation d'une demoiselle, qui, durant l'époque de ses menstrues, eut la poitrine fortement serrée entre deux portes : l'aménorrhée eut lieu subitement, et fut suivie d'une cyanose générale. La malade vécut peu de jours; l'autopsie n'offrit rien de particulier, si ce n'est un rétrécissement général du système artériel, avec développement considérable de tout le système veineux. On cite encore le cas singulier d'une cyanose, qui survint en un seul jour chez une jeune fille, à la suite d'une brusque suppression des menstrues. La malade mourut au bout de six semaines. L'ouverture du cadavre ne fit découvrir aucun vice du cœur, ni de l'appareil respiratoire; il y avait seulement congestion et stase considérable dans tous les gros vaisseaux veineux et leurs extrémités capillaires, où il existait un véritable engouement de sang noir.

C'est à ces deux derniers cas que nous pouvons encore rapporter la teinte bleuâtre que l'on observe sur la face de ceux qui sont affectés d'un anévrisme considérable et très ancien de la crosse de l'aorte, circonstance dans laquelle le sang ne peut se frayer qu'un passage très difficile, ce qui l'oblige à séjourner dans le système veineux. Une course rapide et trop longtemps continuée sous un soleil brûlant (1), des cris aigus souvent répétés, de fréquens accès de *sterno-cardialgie*, ainsi que tous les mouvemens convulsifs, très longtemps soutenus; l'action prolongée d'un froid humide très intense (2), les chutes d'un lieu élevé, une violente compression du thorax, et des coups portés avec force à la partie antérieure de cette région, peuvent occasioner la couleur bleue de la peau.

En définitive, il existe donc des cas, où la teinte cyanoïque n'est point le résultat d'une vice de conformation du cœur ni de ses gros vaisseaux; néanmoins, nous pouvons conclure que, le plus fréquemment, la cyanose acquise ou accidentelle confirmée, se développe chez les personnes affectées de l'une des communications anormales que nous avons mentionnées et particulièrement de la persistance du trou de Botalli, qui, ainsi qu'on l'observe quelquefois, reste imparfaitement bouché durant un long espace de temps, sans que le moindre symptôme de cyanodermose se manifeste. Cette disposition contre nature peut même subsister pendant toute la vie, sans donner lieu à une teinte bleue de la peau, à moins qu'il ne survienne quelque déchirure dans la cloison inter-auriculaire, ou une perturbation grave des mouvemens circulatoires. On conçoit en effet qu'une communication peut s'établir accidentellement entre les cavités droites et les cavités gauche du cœur, par suite d'une inflammation ulcérative des cloisons inter-auriculaire ou interventriculaire, ou bien encore sous l'influence d'efforts violens et prolongés, lorsque ces cloisons, naturellement minces, n'offrent qu'une très-faible résistance. La colère poussée à un très haut degré et longtemps prolongée peut, en déterminant un serrement spasmodique des ventricules, suspendre la circulation. Le sang *désoxigéné* et chargé de carbone s'arrête et s'accumule alors dans le système veineux, ce qui parfois donne à la peau une couleur bleue plus ou moins foncée; on dit d'un individu qui se trouve dans une circonstance pareille, *il est violet de colère*. Enfin la conversion du sang veineux en sang artériel devient difficile et même impossible, par la diminution de calibre ou l'oblitération de l'artère pulmonaire, en admettant toutefois que le canal artériel est oblitéré, comme cela a lieu dans l'état normal.

Quant à la seconde division étyologique de la cyanose, provenant du mélange du sang veineux avec le sang artériel, nous mettrons en première ligne la communication des deux oreillettes, ou des deux ventricules, la persistance du canal artériel, l'insertion de l'aorte sur le ventricule droit, etc.

Un fait constant, c'est que le genre de vice de conformation du cœur exerce une influence directe sur l'invasion de la cyanose : elle débute de prime-abord, lorsqu'elle est déterminée par la transposition des artères aorte et pulmonaire; tandis qu'elle reste quelquefois un temps assez long avant de devenir sensible, si elle est causée par la persistance du trou de Botalli.

La coloration bleue de la peau, qui est le symptôme pathognomonique de la cyanose, est toujours très foncée aux membranes muqueuses, tissus qui reçoivent une grande quantité de sang, ainsi qu'aux endroits de la peau où le derme est assez translucide pour laisser appercevoir les vaisseaux capillaires, comme par exemple aux paupières supérieures, aux lèvres, au nez, aux joues, aux oreilles, aux organes génitaux, et sous les ongles des doigts et des orteils.

On observe que les mouvemens actifs et toute stimulation susceptible d'accélérer la circulation excentrique, augmentent principalement la coloration bleue et la rendent presque livide. Le contraire a lieu par le repos, et surtout durant le sommeil.

Si la cyanose se déclare chez un jeune sujet, on s'aperçoit que la couleur bleuâtre de la peau augmente constamment durant les efforts de la succion; la respiration devient gênée, haletante, et l'haleine reste froide. Le moindre exer-

---

(1) « Dans cette circonstance, dit M. Gintrac, le sang attiré par l'action d'une chaleur vive dans les réseaux capillaires, et s'y dépouillant avec rapidité de ses caractères artériels, peut donner aux surfaces qu'il injecte une coloration veineuse. » Un fait de ce genre observé par M. Larrey, met cette assertion hors de doute.

(2) M. Alibert a vu à l'hôpital Saint-Louis un homme, qui, s'étant baigné dans la Seine, la saison étant excessivement froide, fut atteint d'un éruption de taches rouges qui se termina par une cyanodermose azurée.

cice augmentant toujours l'oppression et déterminant même un commencement de suffocation ; delà provient cette grande indolence et la répugnance que témoignent les malades pour tout mouvement actif. Parfois, durant leur sommeil, la respiration est courte et presque imperceptible ; il semble qu'elle est sur le point de s'éteindre : si cet état se prolonge trop longtemps, le malade se réveille en sursaut en jetant un cri aigu suivi d'une inspiration profonde et suspirieuse ; le son de sa voix a quelque chose d'extraordinaire qu'il est impossible d'exprimer ; l'anxiété augmente, les convulsions se manifestent, et le visage porte l'empreinte de la plus vive douleur, jusqu'à ce que le cœur, débarrassé de la masse de sang dont il était comme étouffé, puisse rétablir la circulation qui était presque suspendue. Cet état ne dure que quelques minutes, mais revient d'ordinaire à des intervalles toujours plus courts. Après un exercice quelconque, les battemens du cœur sont, au contraire, violens, irréguliers, tumultueux, accompagnés de bruissement et de bouillonnement.

Souvent le repos n'est possible que dans la position assise, quelquefois même certains cyanoïques éprouvent un sentiment d'aversion pour la situation horizontale, par la crainte qu'ils ont d'être suffoqués. La température de leur peau étant presque toujours au-dessous de l'état normal, ils se plaignent d'une sensation désagréable de froid, qui les oblige à se couvrir nuit et jour de flanelle, ou de tout autre vêtement peu conducteur du calorique. Cooper a cependant rapporté l'observation d'un malade qui, quelques jours avant de mourir, éprouva la sensation d'une forte chaleur à la peau. Les expériences thermométriques de Nasse sembleraient prouver que la température intérieure diffère peu de l'état normal. Mais ces résultats ne sont que d'un faible intérêt, puisqu'on ne peut appliquer le thermomètre qu'aux ouvertures des membranes muqueuses. La digestion se fait mal et les accidens s'aggravent après chaque repas ; d'ordinaire l'appétit est bon, mais il est accompagné d'une soif continuelle, qui dénote une irritation congestive habituelle dans l'estomac, donnant lieu quelquefois à une véritable gastro-entérite avec légère chaleur à la peau, fréquence du pouls, gêne douloureuse à l'épigastre, etc.

Par suite de l'altération des fonctions circulatoires, respiratoires et digestives, la nutrition languit, le malade s'affaiblit d'un jour à l'autre, et finit par présenter un état plus ou moins voisin de celui qui constitue le scorbut, notamment la mauvaise haleine, les gencives spongieuses et qui saignent au moindre attouchement, les selles noires et fétides, la tendance aux hémorrhagies, toujours difficiles à étancher, parce que le sang est peu coagulable ; les urines d'une odeur repoussante, une disposition constante à une sueur froide et visqueuse. Les doigts et les orteils présentent fréquemment une déformation très remarquable ; ils sont ordinairement plus gros que dans l'état normal : leur dernière phalange est surtout très tuméfiée et arrondie, les ongles sont longs, bleuâtres, recourbés, et quelquefois crochus. La sensibilité de ces parties est d'ailleurs très développée, ainsi que celle du menton ; il suffit souvent du plus léger choc, de la moindre pression, pour y déterminer une vive douleur. Une circonstance remarquable, c'est que les personnes atteintes de cette maladie, ont les bras proportionnellement plus longs que dans l'état normal.

L'état des facultés intellectuelles varie beaucoup : d'ordinaire elles sont affaiblies, parfois elles ne sont pas altérées : chez quelques sujets elles prennent même beaucoup de développement. Il n'est pas rare de voir les vices de conformation de l'encéphale et le dérangement de ses fonctions, coïncider avec les aberrations du système vasculaire sanguin. On a vu aussi l'hydrocéphale s'adjoindre à la cyanose et terminer les jours du malade.

Quels que soient les progrès de la cyanose, on la voit souvent accompagnée de saignemens de nez, de crachemens de sang, et même de vomissemens noirs, pareils à ceux de l'hématémèse.

Des épanchemens séreux se forment non-seulement dans la tête, mais encore dans la poitrine, le bas-ventre et dans les bourses. Il survient même quelquefois une infiltration cellulaire des extrémités inférieures, souvent accompagnée de douleurs très vives aux chevilles.

Une particularité bien remarquable sans doute, c'est que la vie puisse subsister au milieu de pareils désordres, durant des années entières, et même jusqu'à un âge très avancé, puisque Green rapporte l'histoire d'un cyanoïque qui ne mourut qu'après quatre-vingts ans.

Il est facile de comprendre que, d'ordinaire, la cyanose ne tarde point à se terminer par la mort, toujours hâtée par les désordres des voies digestives, qui compliquent constamment cette grave maladie, surtout à sa dernière période. Elle arrive quelquefois lentement et par degrés ; mais dans d'autres circonstances elle est si prompte que les malades ne vivent que quelques heures, ou peu de jours. Dans certaines circonstances, elle peut être subitement causée par une hémorrhagie foudroyante du nez, des poumons, de la vulve ou de l'anus.

Nous ne terminerons point l'histoire de la cyanose sans mentionner un cas singulier de cyanodermose, produit par l'usage prolongé du nitrate d'argent à l'intérieur. Ce médicament dangereux, rarement employé en France à l'intérieur, mais beaucoup plus usité en Angleterre, en Allemagne et en Italie, principalement pour combattre certains cas d'épilepsie, donne lieu à une coloration de la peau qui varie depuis la teinte grisâtre jusqu'à la nuance noire ou violet foncé (on a même vu cette coloration s'étendre jusqu'à la langue et dans l'intérieur de la bouche qui semblait avoir été noircie avec de l'encre). La plupart des médecins qui en ont rapporté des observations prétendent que cette couleur violette est permanente. Cependant Swediaur, qui paraît en avoir parlé le premier, dit qu'au bout de quelques années elle commençait à diminuer chez le sujet soumis à son observation. N'ayant voulu qu'indiquer ce singulier genre de cyanose artificielle, nous passerons sous silence le grand nombre d'hypothèses imaginées pour en expliquer la production. Cependant il paraît probable que le nitrate d'argent, répandu dans l'économie animale et distribué vers les tégumens, y détermine, sous l'influence de la lumière, une altération noirâtre, à peu près semblable à celle que nous observons quand nous touchons l'épiderme avec la pierre infernale.

Traitement.

Lorsque la cyanose provient d'un vice de conformation de

l'appareil circulatoire son traitement ne peut être que palliatif et presque entièrement basé sur l'hygiène ; mais il n'en est pas de même, si la teinte cyanoïque n'est que le résultat d'un trouble accidentel de la circulation, provenant d'une suppression de menstrues, de certaines affections spasmodiques du système pulmonaire, d'un épanchement considérable dans la poitrine, d'une forte compression déterminée sur l'aorte par une grossesse extra-utérine (1), etc. La médecine offre alors d'autres ressources que les palliatifs. Dans l'un et l'autre cas, il faut prescrire le repos, lorsque le moindre mouvement augmente la suffocation ; un air pur et chaud, mais pas trop raréfié (comme le serait l'atmosphère des montagnes élevées, où l'air sous un volume donné contient moins d'oxigène que dans les plaines, ce qui cause de continuels accès de dyspnée à ceux dont les fonctions pulmonaires sont peu développées). Il faut conseiller aussi les frictions sèches, chaudes et aromatiques, des vêtemens de laine appliqués immédiatement sur la peau, un régime doux, nourrissant et facile à digérer, des bains tièdes préparés avec une décoction de plantes amères. Il convient de préserver autant que possible les cyanoïques, de toute émotion triste, surtout après le repas. Il faut enfin leur faire éviter toutes les secousses, physiques ou morales, susceptibles de déterminer un ébranlement considérable du système nerveux.

A tous ces moyens l'on peut joindre encore l'emploi d'une petite saignée, lorsque la suffocation est considérable, les palpitations plus fortes que d'ordinaire. Ce genre d'évacuation sanguine est principalement applicable aux cyanoses compliquées de pléthore. Il ne faudrait pas balancer d'appliquer quelques sangsues à l'épigastre si l'estomac devenait douloureux et que la gastrite fût imminente. Il convient cependant d'en appliquer en petit nombre à cause de la facilité avec laquelle les piqûres laissent couler le sang, qui chez les cyanoïques, étant dépourvu d'une partie de sa fibrine, ne peut se coaguler que très difficilement.

Lorsque les accès de suffocation se renouvellent trop fréquemment pour qu'il soit possible de les combattre chaque fois par l'emploi de la saignée ou des sangsues, il faut alors se borner à faire prendre au malade des *pédiluves* et des *manuluves* chauds et sinapisés, lui faire conserver la position assise (2), l'exposer au grand air, tout en ayant soin de le couvrir de vêtemens de laine fortement chauffés. Enfin si la dyspnée persistait ou se renouvelait précipitamment malgré l'application de ces moyens, et surtout si d'autres symptômes nerveux venaient s'y adjoindre, il ne faudrait plus balancer à administrer les anti-spasmodiques. Il faut entretenir le bas-ventre libre lorsqu'il est disposé à la constipation. C'est dans ce cas que M. Gintrac prétend avoir retiré quelques avantages de l'administration des eaux gazeuses de Spa, de Seltz, etc.

Quelques auteurs anglais et allemands ont conseillé l'emploi des purgatifs et même des vomitifs ; mais ces moyens, le plus souvent inutiles, peuvent devenir d'une dangereuse application.

Un agent thérapeutique plus rationnel et dont on pourrait peut être recueillir d'heureux résultats serait de faire respirer du gaz oxygène qui, pour être convenablement affaibli, n'aurait besoin que d'être dégagé en petite quantité dans l'appartement du malade.

Pour remplir cet objet on pourrait, dans le cas où la cyanose se compliquerait d'un froid très intense et d'une petitesse extrême de pouls, employer avec succès l'appareil inspiratoire de M. Richard Desruez (1), dans lequel on aurait versé à froid de l'eau oxygénée contenant seulement cinq ou six fois son volume de ce gaz (2), on pourrait y adjoindre aussi des lavemens, des boissons et des bains oxygénés. Il est très probable que toute la peau du tronc et des extrémités soumise à l'action prolongée du gaz oxygène pourrait en absorber une certaine quantité qui, portée dans le torrent de la circulation, servirait à oxygéner une partie du sang. On pourrait se servir d'un bain fumigatoire à peu près semblable à celui qu'on met en usage pour les bains sulfureux, avec la différence qu'on substituerait à la vapeur d'acide sulfureux celle du gaz oxygène. Un moyen facile et peu coûteux de se procurer à volonté toute la quantité nécessaire de ce gaz, serait de verser sur du peroxide de manganèse la moitié de son poids d'acide sulfurique concentré et de traiter par le feu. Ces nouveaux moyens peuvent devenir une source féconde d'heureux résultats dans le traitement de la cyanose. Il est à regretter que l'expérience n'en ait pas encore été tentée ; nous nous empresserons d'en faire l'essai aussitôt que l'occasion s'en présentera.

C'est à tort, ce nous semble, que des médecins ont proposé et employé l'acide prussique et l'eau distillée de laurier-cerise, dans le cas de cyanose ; non-seulement ils n'en ont retiré aucun bon effet, mais encore ils se sont exposés à hâter la mort du malade, en diminuant la sensibilité ou l'innervation générale de tout le système organique.

Dans le second cas, c'est-à-dire lorsque la cyanose ne provient point d'un vice de conformation du cœur, il faut tâcher de bien préciser la véritable cause de la maladie et l'attaquer d'après les règles thérapeutiques que réclame chacune d'elles.

---

(1) J'ai eu occasion de visiter à Damiette une jeune femme enceinte, qui présentait une teinte cyanoïque très prononcée, qui ne s'était développée qu'à dater du septième mois de sa grossesse. Un examen attentif me donna lieu de croire que cette gestation devait être *extra-utérine*.

(2) J'ai donné des soins à une jeune Espagnole affectée de cyanose, qui, dès l'instant qu'elle sentait arriver le paroxisme, se couchait, croisait les mains au-dessus de la tête, et restait immobile dans une position à demi-fléchie, afin de respirer plus librement, jusqu'à cessation complète de l'accès.

(1) L'auteur de cet appareil rapporte qu'après quelques inspirations de vapeurs chaudes chlorurées, une cholérique parvenue à l'état *cyanoïque* et *algide* a été réchauffée, son pouls s'est relevé, et la couleur bleue du visage et de la langue a disparu.

(2) Il ne faut pas confondre l'eau oxygénée avec le deutoxide d'hydrogène découvert en 1818 par M. Thénard. Ces deux dénominations ne sont pas synonymes. L'eau oxygénée renferme 6, 20, 30, etc. volumes d'oxygène, tandis que le deutoxide d'hydrogène est l'eau saturée d'oxygène; elle en contient 616 fois le volume. On pourra consulter sur cet objet l'intéressant travail de M. Thénard.

Lorsque la cyanose sera la suite d'une aménorrhée, l'on cherchera à rétablir les menstrues.

Dans les cas de *sterno-cardialgie* on administrera promptement les anti-spasmodiques diffusibles, tels que la liqueur d'Hoffmann, etc. Afin de rompre l'accès toutes les fois qu'il a lieu, le paroxysme terminé, on fera ses efforts pour prévenir le retour des violentes constrictions qui, dans cette cruelle maladie, étreignent douloureusement le cœur, tout le thorax, le côté gauche surtout, ainsi que le bras correspondant (1). Si c'est un hydrothorax considérable qui paralyse l'action d'un poumon, il faut se hâter de l'opérer, sauf à employer ensuite les moyens les plus convenables pour empêcher qu'ils ne se forme de nouveau. Le même principe est applicable au cas très rare de grossesse extra-utérine comprimant les parois de l'aorte. Enfin nous ne nous occuperons point ici des moyens à employer pour faire cesser la cyanose lorsqu'elle est le résultat d'une asphyxie, d'un empoisonnement narcotique, de la morsure de certains ophidiens, d'une attaque de choléra, etc. Cela sortirait entièrement de notre sujet, et rentre tout-à-fait dans l'histoire particulière de chacune de ces affections dont l'état cyanique n'est d'ailleurs qu'un phénomène accessoire.

De la Nature, du Siége et du Traitement de la fièvre puerpérale,

Par M. GUÉRIN DE MAMERS.

Dans tout ce que nous avons dit de la production et du développement des phénomènes, de la fièvre puerpérale, nous n'avons trouvé aucun rôle à faire jouer au lait en substance. Son rôle est-il en effet absolument nul? Quelle opinion adopter aussi à l'égard de la sueur et des lochies? Examinons ce point.

Nous avons supposé que le développement de l'affection abdominale, métrite ou péritonite, précède la suppression de la sécrétion du lait. Cependant, on le sait, il n'en est pas toujours ainsi : en effet on conçoit que cette suppression peut survenir immédiatement dans un cas d'affection morale, ou d'action miasmatique, modifiant puissamment les centres cérébro-spinaux; d'une sorte de suspension de leur influence sur les mamelles, et dans le cas de réfrigération de la peau, agissant sympathiquement sur les organes sécréteurs du lait.

Le transport du lait vers la cavité abdominale par les lymphatiques ne serait pas plus surprenant alors, et incontestablement pas plus impossible que celui dont nous avons parlé ailleurs à propos du pus, de l'urine, de matières lymphatiques et graisseuses, amassées en quantité énorme dans la cavité de l'estomac. N'y a-t-il pas une fièvre par absorption du lait, une fièvre par absorption du pus, une par absorption des urines, etc.? Tous ces modes d'irritation fébrile de l'appareil sanguin par l'introduction de matières étrangères dans les voies de la circulation sont des faits positifs dont nous avions parlé dès 1821, en les distinguant avec soin d'états semblables par irritation de l'appareil sanguin et lymphatique, provenant d'irritations primitivement développées au cou, aux seins, aux mamelles, etc.

D'ailleurs, les faits relatifs à la fièvre puerpérale sont également positifs, et ce n'est pas sur eux que les anciens auteurs se méprenaient, et que se méprennent de nos jours ceux qui partagent encore leur opinion.

On a trouvé chez les femmes en couches, à la surface du liquide rejeté par vomissemens, une *véritable crême*. Il n'en offrait pas seulement toutes les propriétés physiques; évaporé et desséché, le résidu présentait tous ceux de la matière caséeuse.

On possède des observations de femmes récemment accouchées, chez lesquelles la sécrétion du lait s'étant subitement arrêtée, et des *dépôts* s'étant formés, notamment aux extrémités inférieures, on trouva dans ceux-ci un fluide analogue au lait de femmes, pour la couleur, la consistance, le goût, l'odeur, et qu'une analyse comparative prouva en effet être du lait.

Des femmes qui depuis longtemps n'allaitaient plus, ont rendu des urines véritablement *laiteuses*, ou du moins telles, qu'elles présentaient l'aspect du lait, et que, soumises à l'action des réactifs, elles donnaient les mêmes résultats que le lait.

Il suffit de dire que ces faits ont été constatés par des hommes tels que MM. Sérulas et Vauquelin, pour qu'on ne puisse les révoquer en doute.

Mais puisque l'affection abdominale existait déjà, avant que le lait eût cessé de remplir les mamelles, comment en serait-il la cause? ce serait supposer l'effet antérieur à la cause? Du moins son rôle ne serait pas de longue durée, puisque la sécrétion cesse bientôt, et que tout ce que les mamelles en pouvaient contenir disparaît pour ne plus se reproduire pendant tout le cours de l'affection.

Dans les cas, au contraire, où la suppression de la sécrétion du lait, reconnaissable au seul affaissement des mamelles, cesse avant le développement de la métrite ou de la péritonite, comment la métastase serait-elle possible? Certes, dans cette nouvelle hypothèse, il y aurait encore bien moins de rôle à attribuer au lait en substance, puisqu'il a cessé de s'en faire avant que la maladie se prononçât, et que ce serait supposer l'effet sans la cause.

De toute évidence et de toutes manières, le lait *en substance* ne joue donc aucun rôle dans la production et le développement des accidens de la fièvre puerpérale.

De même et bien mieux encore la sueur et les lochies également en substances.

Pour les matériaux qui devaient servir à la formation du lait, aussi bien que de la sueur et des lochies, il n'en est pas de même. Il résulte de ce qui précède qu'ils jouent un rôle important, sinon comme cause première des accidens, du moins pour leur développement ultérieur.

---

(1) Ce groupe de symptômes que l'on a érigé en maladie essentielle sous le nom d'*angine de poitrine*, est une irritation du cœur, qui émane quelquefois de celle du cerveau, à la suite d'une forte émotion. Les orifices aortiques et pulmonaires éprouvent alors une sorte de constriction qui suspend la circulation, et s'oppose, par-là, à l'oxygénation du sang.

Dans ces cas, les matériaux du lait prenant une direction nouvelle, peuvent incontestablement, aussi bien que ceux de la sueur et des lochies, arriver à la cavité abdominale. Nous avons dit précédemment par quelles voies ils y arrivent, comment ils s'y accumulent, et avant tout pourquoi ils ont cessé de se porter vers leurs organes sécréteurs ou exhalans.

Il faut donc soigneusement distinguer, quant à l'étiologie, le lait qui est dès l'origine et demeure pendant le cours de la maladie absolument étranger à ce qui se passe, de la suppression de la sécrétion de ce produit, laquelle, par les fluides qu'elle laisse dans l'économie, peut, de même que la suppression des lochies et de la sueur, être considérée comme une cause au moins secondaire parfaitement positive. C'est là une des circonstances qui différencient la péritonite puerpérale de la péritonite ordinaire et surtout de celle des hommes.

Par-là, on voit pourquoi les femmes qui n'allaitent point sont plus sujettes à la fièvre puerpérale que les autres, comment la suppression des lochies ou de la sueur peut devenir une cause d'hydropisie.

On touche aussi, comme au doigt, l'erreur où étaient les anciens médecins, et où sont encore des hommes, d'ailleurs fort recommandables de notre époque, qui croient avec eux à une *métastase du lait* sur l'abdomen, comme cause de la fièvre puerpérale, et à une métastase du même fluide vers la tête, comme cause de l'aliénation mentale qui peut survenir dans les mêmes cas.

Ce point, qui n'avait point encore été éclairci, est important pour la thérapeutique elle-même.

Dans la péritonite puerpérale, les flocons blanchâtres, nageant dans une sérosité lactescente, la couche de même couleur qui adhère au péritoine, les diverses productions membranéiformes ne sont-elles que de la lymphe ou de l'albumine concrétées, ou à un degré plus ou moins avancé d'organisation? Le lait ou la matière caséeuse qui en font la base, entrent-ils au moins pour quelque chose dans ces diverses productions? L'analyse chimique n'avait point encore répondu à ces questions; mais comme elle l'avait fait, et ainsi que nous l'avons vu, dans un sens affirmatif relativement à la matière, soit du vomissement, soit des urines, soit de certains dépôts, il était suffisamment permis d'admettre que la matière laiteuse n'était point entièrement étrangère aux produits dont nous parlons ici. La partie caséeuse de cette matière venant d'être tout récemment trouvée dans le fluide de l'épanchement de la péritonite des femmes en couches, cette présomption se trouve désormais convertie en certitude. Reste seulement à expliquer comment elle s'y trouve.

Dans ce cas il n'est point, selon nous, nécessaire de supposer comme le font Tiedemann et Gmelen (1), que le péritoine se trouve converti en un *diverticule*, autrement en un organe de sécrétion supplémentaire des mamelles. Les matériaux du lait rapprochés, en contact dans les voies lymphatiques, ou même dans la cavité du péritoine, réagissent entre eux, et de leur réaction, de l'influence de l'affinité, naît le produit lactiforme.

Du moins est-il certain, puisque la sécrétion mammaire est suspendue, qu'on ne peut pas plus l'attribuer, dans ces cas, à l'action des mamelles, suivie du phénomène de résorption, que dans ceux où, ayant été reconnue dans les urines, à ses propriétés physiques et chimiques, on trouva que ces mamelles, ne contenant aucun fluide, offraient un tissu analogue à celui du pancréas.

Peu importe, au reste, ce point de pure doctrine.

Le développement du *phlegmasia alba* dans certains cas, de suppression de leucorrhées par des injections ou lotions froides, atteste le rôle des fluides dans le développement des accidens de cette affection. Cependant, comme dans des cas où il était survenu chez de nouvelles accouchées, on n'a pas plus constamment observé la suppression du lait ou des lochies, que dans la métro-péritonite, il est manifeste que cette suppression ne peut pas plus y être considérée comme cause constante de l'affection que dans la métro-péritonite elle-même... Loin de là, dans les cas mêmes de ces suppressions des fleurs blanches chez les femmes dans l'état ordinaire, ou des lochies chez les nouvelles accouchées par des applications locales froides, nous pensons formellement, tout en admettant un rôle des fluides, que c'est toujours, dans ces cas comme dans ceux de métro-péritonite, suite de répercussion de la sueur par refroidissement extérieur, directement par l'intervention du système nerveux, que les accidens se développent; les fluides dans les deux cas n'étant, conformément à ce que nous disons plus haut, que des agens secondaires, à la disposition de la puissance nerveuse.

On a pu voir par le tableau que nous avons tracé de la fièvre *puerpérale*, combien il s'en faut que cette affection se réduisît à une simple *métrite*, à une simple *péritonite*, ou même à l'une et à l'autre de ces deux affections réunies, et encore moins à une simple *phlébite*, et par là, on peut apprécier la valeur de ces divers termes, sous lesquels on l'a successivement désignée.

Mais la théorie que nous avons développée, ne révèle pas seulement les véritables élémens constitutifs de la fièvre puerpérale, et par suite, son caractère propre; les différences qui la distinguent de la péritonite chez la femme dans l'état ordinaire ou de la même affection chez l'homme. Par elle, on s'explique l'influence du tempérament, de l'éducation, du régime, de la température, du lieu, des climats, des saisons (1), sur le développement de la maladie. — Le système nerveux et les organes génitaux qui lui correspondent toujours par le développement, et l'activité étant plus développée et plus active dans les pays chauds et les saisons correspondantes, on a la raison de la fréquence de la fièvre puerpérale en été. — Les rapports fonctionnels qui existent de la peau aux séreuses, expliquent la fréquence

(1) Voy. Phy. du syst. nerv., 11e liv.

(1) Nous n'ajoutons pas *de la constitution*, car, pour nous, les constitutions ne sont que des conditions spéciales de l'atmosphère, fondées sur la proportion différente de l'électricité, du calorique et de la vapeur aqueuse qui y sont répandus.

à peu près égale dans les saisons froides et humides. — Les conditions générales de l'atmosphère, soit qu'elles consistent seulement dans une plus grande proportion d'électricité ou de calorique, ou qu'elles tiennent à la présence de miasmes qui s'y sont répandus, expliquent le caractère épidémique qu'elle peut offrir.

La raison de la prédominance de l'un ou de l'autre de ses élémens, et par suite le caractère plus particulier qu'elle présente se saisit avec la même facilité : elle est plutôt nerveuse dans les saisons et les climats chauds et secs, plutôt *lymphatique* dans les saisons et les pays froids et humides, etc. ; on sait que c'est surtout sous l'influence de ces dernières conditions que survient le *phlegmasia-alba*, affection de nature si manifestement lymphatique.

On a cherché, dans les symptômes ou dans les produits morbides, le caractère propre de la fièvre puerpérale, et les différences qui la distinguent des autres affections ; mais, si c'est par là, en partie du moins, qu'on peut les chercher, puisqu'en effet ce point là, avec l'appréciation des causes, et celle des résultats curatifs, constitue nos seuls moyens d'investigation possibles, ce n'est pas là qu'ils se trouvent.

Certes, ce n'est pas par l'intensité de l'inflammation que la péritonite puerpérale se distingue de la péritonite ordinaire : tout au contraire, ce serait par un caractère inflammatoire bien moins prononcé de son côté, qu'il serait à la rigueur possible de les distinguer entre elles ; car chez les femmes mortes à la suite de la péritonite puerpérale, on a généralement trouvé le péritoine d'un *blanc mat, à peine injecté*, tandis que, dans la péritonite ordinaire, il offre, sous ce double rapport, une disposition inverse. La différence à cet égard n'étant en général tranchée que sur le simple exposé de l'autopsie, si elle a été bien faite, on peut, presque toujours avec certitude, en consultant d'ailleurs aussi la teinte de l'épanchement, décider si la maladie dont on relate l'histoire était une péritonite puerpérale, ou une péritonite ordinaire.

Des différences existent entre l'épanchement dans les cas de péritonite puerpérale et ceux de péritonite ordinaire, beaucoup plus abondant dans la première : la matière en est plus floconneuse et plus adhérente au péritoine ; mais, quelles que puissent être ces différences, comme les signes plus ou moins prononcés d'inflammation, elles ne font que conduire à soupçonner le caractère propre et les traits distinctifs de la fièvre puerpérale, elles ne les constituent pas.

Les symptômes ataxiques ou thyphoïdes, le ramollissement des organes, les abcès développés loin des parties que l'on regarde à l'ordinaire comme le siége unique du mal, les altérations que le sang paraît avoir subies jusque dans ses propriétés chimiques ou sa composition intime ; ces diverses circonstances, seules ou réunies, ne peuvent pas servir davantage à caractériser, à différencier la fièvre puerpérale ; car, pour qu'il en fût autrement, il faudrait qu'elles y fussent constantes, et qu'elles lui fussent exclusives. Or, dans les affections typhoïdes ou ataxo-adynamiques ordinaires, il y a aussi coma, ramollissement des tissus, pétéchies, abcès. Le sang, plus ou moins noir et fluide, ne se prend plus en caillots, ni dans les cavités droites du cœur, ni dans celle des vaisseaux, etc. Comment donc ces circonstances constitueraient-elles la nature de la fièvre puerpérale ? comment y trouverait-on son caractère spécial, sa physionomie propre ?... A cet égard encore, l'erreur est donc patente, et malgré tout ce qui a été écrit dans ces derniers temps sur ce point, on n'en est donc pas plus avancé, on n'en sait donc pas plus à quoi s'en tenir.

Mais c'est surtout dans l'interprétation des phénomènes morbides dont nous venons de parler, et dans l'investigation de leurs causes, que les auteurs de nos jours qui ont le plus récemment écrit sur cette matière s'y sont gravement mépris en les rapportant, les uns, à une mystérieuse constitution, ce *quid ignotum*, à l'aide duquel on expliquait si bien autrefois ce que l'on ne comprenait pas ; les autres, à la résorption du pus, et en faisant dépendre de celle-ci la raison du danger dont l'affection s'accompagne, et sa terminaison le plus généralement funeste.

La constitution atmosphérique (en donnant un sens à ce mot) peut, nous l'avons reconnu, nous l'avons dit, expliquer le caractère épidémique de l'affection, mais manifestement elle n'explique rien autre chose ; c'est tout ce que nous avons à en dire.

Pour la résorption et l'injection purulente, tant de choses ont été écrites à leur égard, de si étranges conséquences ont été le résultat des spéculations et des raisonnemens auxquels on s'est livré en ce qui les concerne, et l'opinion de tant d'hommes, d'ailleurs fort judicieux, a été si malheureusement égarée, qu'on nous permettra, je pense, de nous arrêter quelque temps à cet objet.

(*La suite au numéro prochain.*)

BIBLIOGRAPHIE.

—

Moyen très simple pour propager les cocons reconnus propres à la reproduction des sangsues ;

Par M. LIVET,

Pharmacien à Nogent-le-Rotrou.

La formation des cocons a lieu au commencement du mois de juillet. Il faut, à cette époque, disposer un baril haut de 20 à 24 pouces, large de 2 pieds environ, le placer sur un trois-pieds, y pratiquer au fond 6 à 8 ouvertures de 6 lignes de largeur, qu'on fermera avec des bouchons de bois. On mettra dans toute la largeur du fond un lit mince de jonc, et une autre couche de 3 pouces d'épaisseur, d'un mélange fait avec un quart de charbon en poudre et trois quarts de sable, qu'on humectera avec l'eau pour faire une pâte à l'état demi-mou. Placez ensuite dessus une assiette vernissée de 10 pouces de circonférence et de 3 à 4 de hauteur ; étendez un pouce de sable, avec 1 ou 2 d'eau, 2 ou 3 pierres de 6 à 7 pouces, pour supporter un couvercle un peu plus large que l'assiette, et mettez-y à l'entour 3 ou 4 pouces de longue mousse que l'on trouve sur les rochers.

Le tout étant bien disposé, l'on peut y déposer 4 ou 500 grosses sangsues les premiers jours de juillet, et on les recouvre d'une grosse toile. Cette opération terminée, on les place dans une chambre à une température ordinaire, si l'on veut seulement avoir des cocons pour les mettre dans des étangs. On aura cependant l'attention de les arroser légèrement tous les 6 à 8 jours, et de renouveler l'eau de l'assiette, comme aussi de déboucher les ouvertures du fond du baril, pour en laisser égoutter l'eau excédante.

Mais si l'on désire favoriser soi-même le développement des sangsues, il sera bon d'exposer le baril au soleil et d'arroser la mousse tous les 1 ou 2 jours, en suivant les préceptes indiqués. Le développement des sangsues aura lieu 4 ou 6 semaines après la formation des cocons, et chacun d'eux produira de 5 à 9 sangsues, qui sortiront par l'extrémité la plus pointue du cocon; d'abord rouge, la sangsue, après quelques jours, prendra la couleur ordinaire de son espèce.

BIBLIOTHÈQUE HOMOEOPATHIQUE,

PUBLIÉE A GÉNÈVE

PAR UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS.

DÉCEMBRE 1832, JANVIER 1833.

INTRODUCTION

A LA THÉRAPEUTIQUE DES MALADIES AIGUES.

—

Dans les premiers cahiers de ce journal on s'est surtout attaché à éveiller l'attention des praticiens et à combattre les préjugés qui s'élèvent contre l'homœopathie. De peur de s'égarer maintenant, on doit, ce nous semble, s'abstenir des théories ; il nous sera permis d'y revenir plus tard, lorsque les faits, jusqu'ici épars dans les journaux de la nouvelle école, ou cités isolément, se reproduiront en masses compactes, et que l'action dynamique des doses infinitésimales nous sera devenue aussi familière comme cause et comme effet, qu'elle doit aujourd'hui nous étonner par sa nouveauté. Notre tâche est donc d'observer, de saisir la liaison des faits entre eux, et d'en déduire des conséquences. C'est ainsi que plus d'une vérité est devenue banale, sans avoir jamais été expliquée ni comprise, parce que les merveilles de la nature ne sont pas comme les raisonnemens humains, une source de déceptions et d'erreurs.

Nous nous proposons, en communiquant à nos confrères le résultat de nos recherches et de nos observations, de leur faciliter les moyens de vérifier par eux-mêmes l'exactitude des faits avancés, et de les initier ainsi à une méthode dont l'excellence les frappera d'étonnement dès leurs premiers essais. Au lieu de rapporter des histoires de maladies choisies, nous avons préféré donner successivement, dans chaque cahier de ce journal, un article de thérapeutique, dont la réunion constituera un cours complet de maladies aiguës.

Le dernier numéro de ce journal contient un extrait d'un ouvrage du docteur Hering, dans lequel on indique un procédé rationnel pour explorer les symptômes ; cela nous évitera une répétition. L'ouvrage méthodique, clair, simple, du modeste et savant docteur Franz Hartmann (*Therapie akuter Krankheitsformen*, etc.), sera notre principal guide dans ce travail : nous nous aiderons en outre des réflexions et de l'expérience de ceux des docteurs allemands que j'ai connus, tel que Haubold, Müller, Schubert, Schweikert, Stüller, Stapf, Trinks, Wolf, Hartlaub, etc., et de ce que nous a enseigné notre pratique particulière, celle des docteurs *Desguidi*, *Dessaix*, *Dufresne*, etc. ; et des autres médecins qui commencent à examiner sérieusement la grande et étonnante question qui nous occupe.

Nous avons dit dans un précédent article, où nous cherchions à établir la rationnalité de l'homœopathie, que le médecin, dans le choix d'un remède, ne devait pas seulement avoir égard au tableau symptomatique, mais encore à l'âge, au sexe, au tempérament, à l'état moral, aux habitudes de son malade, ainsi qu'à la température régnante et aux influences épidémiques du moment. On voit que l'exacte application d'un remède pur, qui réponde à ces diverses indications, n'est pas chose facile, et réclame une grande habitude de procéder ainsi.

Plus il y aura de rapports entre les effets pathogénétiques d'une substance sur l'homme sain et l'ensemble des symptômes résultant des causes énumérées et représentant la forme de la maladie, et plus il y aura de chances pour une guérison prompte et radicale.

Observons que le médecin homœopathiste accordera plus d'attention aux symptômes caractéristiques qu'aux symptômes généraux d'une maladie, par exemple :

Les exacerbations prennent-elles naissance, ou sont-elles augmentées par le mouvement corporel ?

Se manifestent-elles au contraire dans l'immobilité et sont-elles calmées par le mouvement ?

Les accidens morbides se prononcent-ils plus fortement le matin, le soir, pendant le jour ou pendant la nuit ?

Avec un malaise en lui-même peu grave, tel que nausée,

inappétence, vertige, coryza, rhume, remarque-t-on une faiblesse insolite, etc., etc.?

C'est par l'examen sérieux d'un grand nombre de circonstances de ce genre, que le médecin homœopathe parvient à découvrir la substance qui sera le plus en connexion avec la maladie elle-même.

Le choix du remède ne pourra pas toujours être calculé de manière à embrasser tous les caractères maladifs, et le traitement exigera successivement l'emploi de plus d'un autre. Cette succession sera surtout indispensable dans les maladies que complique l'abus antérieur de drogues à grandes doses, des eaux médicinales, etc., ou la *psora* latente que l'on ne soupçonnait pas exister chez le malade, et que développent souvent les maladies aiguës. Celles qui ont le plus de tendance à éveiller ce germe endormi sont : les fièvres intermittentes, les exanthèmes aigus, les catarrhes, la gonorrhée, la dentition des enfans, etc. Alors, du moment qu'on aperçoit l'insuccès des moyens ordinaires, il faut administrer un *antipsorique* convenable, et l'état aigu est enlevé avec le chronique.

Une maladie aiguë cède assez fréquemment à une seule dose de remède bien choisi. Nous répétons qu'il faut surtout avoir égard aux accidens caractéristiques, car ceux qui sont généraux et secondaires, appartenant presque à tous les cas, tels que céphalalgie, pesanteur, faiblesse, malaise, insomnie, anorexie, ne doivent point nous arrêter. C'est en attachant trop d'importance à ces apparitions secondaires, que le médecin allopathiste est beaucoup moins heureux que nous dans ses traitemens. D'ailleurs, comment compterait-il sur le succès de ses moyens lorsque la nature peut réagir contre eux? Pourrait-il autre chose que la contrarier? Il devient spectateur forcé du développement de la maladie, de sa marche et de son déclin.

On conçoit que les difficultés d'un traitement homœopathique doivent faire reculer celui qui trouve, dans une foi aveugle aux cadres nosologiques et au codex, un moyen commode de s'éviter l'ennui de tant de recherches scrupuleuses; mais il n'y a de guide fidèle et sûr dans le traitement qu'une exacte comparaison entre le tableau caractéristique d'une maladie, et les effets pathogénétiques purs des remèdes. Hors de là, tout est hasard : là, tout est certitude; ce qui fait qu'au grand étonnement de tous les médecins allopathistes, coutumiers de disputes, ceux qui suivent l'homœopathie, réunis en consultation, ne peuvent jamais avoir entre eux de contestation.

Il ne suffit pas d'avoir choisi le vrai remède; dans quelle proportion faut-il l'administrer? La dose ne devra pas excéder la quantité justement nécessaire pour rappeler dans les parties malades la force de réaction qui est abolie, et pour aider cette nature à rétablir l'équilibre entre les actes fonctionnels. Le médecin, impuissant par lui-même, doit pour cela s'adresser au principe de vie, et faire naître les conditions dans lesquelles ce dernier puisse utiliser le miasme qu'on lui confie.

Quelque atténuée que soit la dose, on ne pourra pas éviter que dans les premières heures l'intensité de la maladie n'augmente. Cette aggravation homœopathique sera plus sensible chez les sujets impressionnables, moindre chez les hommes forts et robustes; elle sera inappréciable si la dose a été parfaitement adaptée à l'état des forces du malade et à sa constitution. Alors le remède ne manifeste son action que par un grand calme, la moiteur et un sommeil si salutaire que le malade se réveille souvent guéri et presque toujours soulagé. Une telle sédation, ou une légère exacerbation, donne au médecin l'assurance d'avoir fait un bon choix. On ne saurait se tenir trop en garde contre la tentation si facile d'augmenter, même de très peu, les doses d'un remède qui est d'une exiguité si incroyable; car, loin de l'accélérer, on retarderait la guérison. Cette prudence est souvent réclamée par les affections à types intermittens, où, pour peu que le remède excède ce qui suffit pour agir, il arrive qu'après avoir écarté les accidens naturels et produit un mieux de deux ou trois jours, il réveille par la prolongation de son action, des phénomènes semblables à ceux qu'il avait d'abord assoupis; d'où la chance d'une rechute. Si le médicament a produit du mieux, il est rationnel d'attendre, pour en administrer un autre, que le premier ait épuisé sa force agissante : mais dans le cas où il y aurait eu erreur dans le choix du remède, ce qui sera évident après quelques heures, on doit, sans plus tarder, recourir à un autre.

Pour comprendre comment les homœopathistes agissent avec des doses dont l'exiguité fait le sujet des sarcasmes et de l'incrédulité des écoles, parce que l'on s'est formé une idée toute matérielle de la puissance des drogues, il faut faire attention, 1° que quoique les médicamens employés par l'homœopathie et par l'allopathie soient les mêmes, il y a cette différence, que la médecine homœopathiste connaît, avant de s'en servir, les changemens qu'exerce dans l'organisme telle ou telle substance (donnée sans mélange); 2° que la nature procédant de la simplicité des causes à la multiplicité des effets, une substance simple provoque dans l'économie une série de désordres, qui transforment l'état de santé en maladie artificielle, ayant son foyer, exerçant ses sympathies.

Il est clair que l'irritation morbide d'un côté, et le miasme artificiel de l'autre, produisant des symptômes analogues, doivent opérer l'un et l'autre sur le même centre morbide, et les symptômes, dans les deux cas, sont des phénomènes secondaires de la réaction vitale.

Un remède homœopathique est donc le seul qui agisse dans le sens de la nature, tandis que les autres ne peuvent que s'opposer à ses efforts. Cette réaction vitale, la même qui évince un corps étranger d'une plaie, une esquille, ou la portion nécrose d'un os, etc., a plus souvent besoin d'être excitée que combattue; en un mot, entrer dans la ligne de vitalité insurgée, en produisant sur les organes souffrans une modification analogue aux phénomènes qui s'y passent, constitue, non pas une contradiction, mais la seule règle qui concorde avec cette loi suprême de la vie qui se décèle à nous, dans ce que nous avons appelé *réaction vitale*. L'atome médical dont on se sert détermine ici une incitation plus franche de la puissance occulte qu'ont admise Stahl, Cabanis, Joubert, etc., et qu'une saine physiologie ne peut pas rejeter. Ces grands médecins ont considéré les états maladifs comme des efforts de la nature pour rétablir l'équilibre des fonctions dérangées. En effet, parmi les phénomènes de la vie, il n'en est point de plus constans que cette activité

de la puissance vitale révoltée chaque fois qu'une influence extérieure agit trop fortement sur elle ; le système organique n'est qu'un jeu continuel de ces actes réciproques, une série de victoires répétées que la force vitale remporte sur les impressions venues du monde extérieur; et nous nommons approximativement *santé*, l'état où cette force rencontre une plus faible résistance, où elle triomphe avec le moins d'efforts possibles, et où les fonctions du corps s'opèrent avec le plus de régularité et d'aisance. Ce dernier état est-il troublé, quel est l'appui que l'art doit prêter à la nature ? Ou cette dernière est à même de remplir la tâche qui lui est imposée, et alors elle n'a que faire des secours de l'art ; ou elle ne l'est pas, et, dans ce cas, c'est encore d'elle que nous devons apprendre comment elle veut être aidée : le moyen propre à rétablir l'équilibre fonctionnel ne doit et ne peut pas être choisi d'après ses effets immédiats sur les organes de l'homme, mais d'après les actes de réaction qui s'ensuivent ; en d'autres termes, d'après les symptômes, effet opposé à l'effet primitif, comme aussi les phénomènes morbides sont opposés à la cause qui a produit la maladie.

Le trouble fonctionnel est donc la conséquence du médicament comme le but du guérisseur ; ainsi l'axiome homœopathique, qui semble renfermer une contradiction, est au contraire le seul qui soit en harmonie avec la raison. Il est vrai que des maux peu graves et qui probablement eussent disparu d'eux-mêmes, se laissent supprimer sans danger par des moyens antipathiques, ou échanger allopathiquement contre une autre souffrance que, dans notre bonhommie, nous prenons pour l'accessoire inévitable d'une guérison progressive ; mais si le traitement alors n'entraîne pas des conséquences fâcheuses, il n'a pas moins été inutile ou inconvenant.

On voit sans peine en quoi notre méthode diffère de la médecine expectante avec laquelle on a voulu la confondre. Celle-ci est paisible spectatrice du désordre tant qu'il se prolonge ; l'autre au contraire est très agissante et très promptement curative, soit que le remède homœopathique ait exalté les symptômes, soit que, par son extrême ténuité, il n'ait pas eu la force de produire même une tendance maladive; il n'en aura pas moins une influence spécifique sur le foyer morbide, gagnera les appareils qu'a envahi le désordre, et la guérison s'ensuivra en vertu d'une loi inconnue dans son essence, mais prouvée par les résultats, loi d'après laquelle deux maladies semblables ne peuvent siéger dans le même lieu. Ce fait, contre lequel échoue le raisonnement, et tout invraisemblable qu'il puisse paraître à qui n'a pas observé, n'en est pas moins une vérité. Demandez aux antagonistes de l'homœopathie comment agissent une cuillerée de rhubarbe, un gros de quinquina ; demandez-leur pourquoi ils admettent l'influence du magnétisme, du galvanisme, de la lune, de l'orage, de l'air, etc.

Hahnemann dit, dans son *Traité des maladies chroniques :* « ne comprenant pas comment de petites doses » peuvent produire de grands résultats, je suis loin de pré- » tendre que d'autres le conçoivent avec une foi aveugle ; » mais le fait existe, et je soumets mon entendement à l'ex- » périence. » Il est démontré, ajoute Hartmann, que pour contracter une maladie, il faut y être prédisposé. Ainsi, une épidémie de rougeole ou de scarlatine n'attaque pas indistinctement tous ceux qui sont soumis à l'influence contagieuse : tout le monde ne contracte pas la syphilis, la gale, par le contact ; sur dix personnes mordues par un chien enragé, deux ou trois seulement deviendront hydrophobes, etc.; mais de même que les constitutions les plus faibles seront les plus accessibles aux influences morbifiques, de même aussi les tempéramens les plus irritables ressentiront le plus l'action des doses infinitésimales.

L'école ne manquera pas d'objections; elle dira que l'exemple des miasmes contagieux ne prouve rien pour l'action des médicamens ; que les premiers agissent en vertu des lois vitales et dynamiques, et les seconds en vertu de leurs propriétés physiques ou chimiques. L'école prend les échanges de mots pour des échanges d'idées ; mais nous, profanes, nous nous accommodons mieux d'un fait inexplicable que d'une explication que nous ne comprenons pas.

Les combinaisons chimiques ou physiques de vos substances ne sont-elles pas un peu problématiques ? Et pourquoi vouloir connaître les lois bien supérieures qui régissent la spécificité ?

Eu égard à la différence de sensibilité des sujets, il est très difficile d'apprécier au juste quelle dose de substance spécifique doit être administrée pour atteindre le but sans le dépasser, le point auquel l'effet salutaire est accompli et au-delà duquel il y aurait maladie du remède et effet pernicieux. L'atténuation doit être élevée en raison directe de l'irritabilité du sujet et de l'intensité des symptômes, et il est d'observation que plus la maladie est aiguë, plus le remède agit promptement, *et vice versâ*. Jusqu'à ce que le remède ingéré et confié au système nerveux ait touché au foyer du mal, il ne produit aucun phénomène de réaction, et le véritable développement *immatériel* du médicament homœopathique ne commence qu'alors. S'il ne trouve pas dans ce foyer des symptômes avec lesquels il doit être en connexion sympathique (pour ainsi dire), alors il reste inactif; ou bien, s'il est assez fort, et l'individu assez impressionnable, il développe quelque chose des symptômes pathogénétiques qui leur sont propres et qui, se mêlant à ceux de la maladie, défigurent celle-ci sans en diminuer la violence, et déroute complètement l'observateur irréfléchi qui ne sait plus quel nom donner à la scène d'accidens insolites qu'il a sous les yeux.

C'est ce qui peut arriver à tout novice homœopathique, soit par un choix mal calculé du remède, soit en prêtant trop d'attention aux symptômes accessoires, et pas assez à ceux qui spécifient la maladie, soit encore par de trop fortes doses données à des tempéramens faibles. Quand une dose homœopathique, exactement choisie, a touché le foyer et réveillé la réaction, le principe vital ne s'assoupit pas de nouveau, et le progrès vers le mieux se soutient avec une durée d'autant plus lente et plus longue, que les racines du mal sont plus anciennes et plus profondes (*maladies chroniques*), d'autant plus courtes au contraire que l'affection est plus récente et plus passagère (*maladies aiguës*). L'état de chronicité ou d'acuité ne sera donc point indifférent au traitement. En général, les substances végétales sont plus employées dans l'état aigu ; quelques-unes cependant, telles que la *belladone*, le *rhus*, la *douce-amère*, le *daphné*, la *salsepareille*, produisent de bons effets dans

les affections chroniques; mais ces dernières sont traitées plus ordinairement par les substances métalliques ou animales.

Les gens affectés de maladies chroniques leur prêtent ordinairement peu d'attention, et ne consultent le médecin que lorsqu'ils sont dans un moment qui présente un certain degré d'acuité; dans ce cas-là, quoique l'on sache que la *psore*, jusqu'alors endormie, est réveillée, il ne serait pas prudent de s'adresser aux *antipsoriques*, parce qu'ils accroîtraient pendant quelques semaines le degré d'intensité qui existe déjà dans la maladie, et qu'après ces remèdes dits *antipsoriques*, les autres remèdes *apsoriques*, au moyen desquels on peut enlever le degré d'acuité, n'auraient plus qu'une faible action. Il est donc convenable de commencer ce genre de traitement par les remèdes ordinaires; et lorsque la maladie est revenue à son état chronique, on applique les antipsoriques. Ces derniers sont les seuls dont on puisse espérer quelque chose, lorsque les autres substances sont inefficaces, quand il y a désorganisation commencée; alors, si le tableau maladif est obscur ou si le malade se rappelle positivement d'avoir eu la gale, il convient de commencer le traitement par *tinct. sulph* X, et après son temps d'action, on choisit un autre antipsorique, spécialement applicable au cas. Dans les affections aiguës, tout dépend du choix du spécifique, et cependant quelquefois on le voit, quoique bien choisi, rester inactif; cela provient ou de la faiblesse de la vitalité qui attend le pouvoir d'agir contre l'irritation spécifique du médicament, ou bien encore du réveil de la psore latente opérée par l'état d'acuité. Dans ce dernier cas, une prise de soufre, si elle ne combat pas la maladie aiguë, peut détruire la complication psorique, et rend la maladie assez pure pour que les remèdes apsoriques, qui jusque-là n'avaient rien produit, deviennent efficaces. Dans le premier cas, où la sensibilité est émoussée, opprimée, endormie, l'atonie nerveuse, cette espèce de torpeur de l'organisme ou d'une de ses parties qui le rend insensible aux médicamens, se corrige, suivant Hahnemann, par deux à quatre très petites doses d'opium, données dans l'espace de huit à douze heures; puis vient le remède approprié qui agit alors. Les cas qui nécessitent ce moyen sont rares et exceptionnels. Dans la circonstance opposée, également fort rare, où une sensibilité trop exaltée empêche l'action du remède, l'opium ne pourrait que nuire; le mesmérisme seul conviendrait alors. En général, dans une maladie aiguë, si le remède, *administré dans la plus petite dose possible*, n'a opéré aucun changement au bout de trois ou quatre heures, on peut hardiment supposer qu'il a été mal choisi et en donner un autre mieux appproprié au groupe de symptômes qui se présentent. En cas de mieux, il faut attendre pour administrer une nouvelle substance, qu'il naisse de nouvelles indications.

Quand une substance a produit un amendement sans amélioration complète, on peut la répéter, mais en règle générale, il faut que la deuxième dose soit plus faible que la première.

Le docteur Wolf de Dresde répète fréquemment les substances chez les sujets impressionnables, et fait souvent flairer ou appliquer à l'extérieur le même médicament qu'il a donné à l'intérieur. Il a publié dans le dernier volume des Archives un très bon article sur la nécessité de procéder quelquefois ainsi et de forcer les doses, pour obtenir quelque effort de réaction dans les cas où la sensibilité est émoussée par l'abus ou le long usage de remèdes divers, ou lorsque les tissus malades ont passé à l'état d'induration ou de pseudorganisation.

C'est ainsi que l'on voit des syphilis récentes céder en huit ou neuf jours à un atome de *mercur. sol.* IV, et que d'autres cas semblables exigent jusqu'à un tiers de grain répété plusieurs fois.

Hahnemann vient de faire imprimer à Munster une modification de quelques-uns des préceptes qu'il a émis dans l'Organon, et dans laquelle il annonce avoir été conduit, par l'expérience, à la répétition des doses dans bien des cas.

THÉRAPEUTIQUE EN GÉNÉRAL.

Nous allons ici analyser simplement Hartmann, auquel nous avons emprunté la plupart des idées qui précèdent.

Pour l'homœopathiste, la thérapeutique n'est que le résultat d'une exploration fidèle des symptômes. Son succès est fondé sur le diagnostic, l'étiologie, le pronostic et la connaissance approfondie des moyens.

La prophylaxie n'existe que dans quelques cas où certains spécifiques ont été reconnus préservatifs; par exemple, la *bellad.*, contre la scarlatine; la *pulsatille*, contre la rougeole; le *cuivre* et le *veratrum*, contre le choléra; la *camomille*, contre les accidens qui suivent la colère; l'*aconit*, contre ceux qui suivent la peur, etc.

La thérapie homœopathique est *empirique* en ce sens, qu'elle ne hasarde rien que d'éprouvé; elle est douce, puisqu'elle n'oppose jamais un mal à un autre mal; pas même une irritation externe à une irritation interne.

Elle agit dès qu'elle le peut, n'admet pas l'expectation, et rejette le traitement des convalescences, parce qu'elle n'en a jamais : avantage inappréciable, car ordinairement la convalescence est plus longue que la maladie.

L'homœopathie voit, surtout, dans le désaccord de l'organe, l'altération ou le trouble de la puissance dynamique; mais elle repousse, ainsi que la nature, une classification scolastique. S'il en était une admissible, ce serait :

Eu égard à l'individu alité : 1° d'après l'âge; 2° d'après les sexes; 3° d'après les professions.

Eu égard à la maladie elle-même : 1° maladie sporadique; 2° endémique; 3° épidémique; 4° héréditaire; 5° contagieuse; 7° locale ou générale.

Eu égard au type : 1° continue; 2° intermittente; 3° aiguë ou chronique.

Fièvres. Les homœopathistes n'y voient qu'un symptôme d'une maladie dynamique; le type seul peut servir d'indication.

Crises. Ce sont des maux effectifs; spontanées, l'homœopathie les combat; produites par un remède, elle les modère par les antidotes.

Hémorrhagies critiques. Symptôme essentiel dans le tableau général d'une maladie, appartient plutôt aux fièvres inflammatoires qu'aux typhoïdes. Elles arrivent plutôt chez les sujets jeunes et pléthoriques, que chez les vieux et fai-

bles, etc.; sont précédées de congestions et réclament souvent un traitement spécial.

Sueurs critiques. Souvent produites par les remèdes homœopathiques.

Urines critiques. L'homœopathie les voit rarement.

Diarrhées critiques. L'homœopathie ne peut les admettre comme décisives, et dès lors elle les combat.

Vomissemens. Accidens caractéristiques des maladies, doivent souvent servir d'indication; la maladie peut s'évanouir avec eux.

Catarrhes. Essentiellement liés aux fièvres catarrhales, peuvent également devenir source d'indications.

Salivations. Crise assez rare, et plus souvent symptôme accessoire qui peut cependant faire pencher la balance en faveur d'un des moyens suivans : *Bell., hep. sulph., sulph., merc., calc., acid. nit.*

Etiologie. Elle est pour l'homœopathie une source féconde d'indications curatives : 1° état atmosphérique; 2° effluves miasmatiques; 3° les passions, peur, colère, haine, etc., etc.; 4° crudité des digestions; 5° excitation physique.

Pronostic. Tiré, comme en allopathie, de la constitution, du type, de l'âge, de la saison, de la violence de la maladie et de ses complications.

Diététique. Les boissons sont presque inutiles, mais on peut en faire usage pourvu qu'elles n'aient rien de médicinal; nous renvoyons, pour tout ce qui concerne les alimens et les boissons, la propreté, le repos d'esprit et de corps, etc., à l'Organon, page 192, et à la Diététique d'Hartmann, chapitre 116. Nous ajouterons seulement quelques observations.

L'utilité du régime, en général, fut toujours admise; mais on a mal interprété celui que prescrit l'homœopathie, dans le but, non pas de faire jeûner la maladie avec celui qui la porte, mais de sustenter les forces de celui-ci, sans rien introduire chez lui qui puisse atténuer, détruire, augmenter ou contrarier l'effet de la substance administrée. Les médecins qui mettent tout sur le compte du régime, ne font pas attention que, loin de le rendre rigoureux et débilitant, le médecin homœopathiste prescrit tout ce qui est substantiel et nutritif, tout ce qui peut apaiser la faim et étancher la soif, la viande la plus succulente et la moins jeune, celle qui vit au grand air de préférence à celle de nos basses-cours, le pain bis au lieu de cette pâte spongieuse de nos pains de luxe, etc. Le régime homœopathique se réduit à un seul précepte fort clair, savoir : *n'employer comme aliment aucune substance médicinale.* De là résulte la défense de toute espèce d'épiceries, soit indigènes, soit exotiques, d'herbes aromatiques, oignons, poireaux, céleri, cerfeuil, etc.; de toute espèce d'infusions, depuis le thé de la Chine jusqu'à la fleur du sureau et au café, toutes substances dont la médecine peut retirer de grands effets. La sévérité du régime n'a donc de durée que celle de l'action du remède qu'on a pris; il varie dans quelques cas, et le médecin homœopathiste fait alors des ordonnances exceptionnelles. Les médecins en général se plaignent de l'inutilité de leurs prescriptions diététiques; ils subissent en cela le sort de certains législateurs dont les ordres ne sont pas suivis, parce qu'ils ne sont pas motivés aux yeux de ceux qui doivent les suivre. Ne nous étonnons pas qu'un malade qui a faim se révolte contre l'inanition; il oppose arbitraire à arbitraire, et il agira ainsi tant qu'il ne comprendra pas les raisons de son médecin; mais lorsqu'un prétexte fixe, clair et invariable, devient la condition de l'action d'un remède, le malade s'y soumet d'autant plus volontiers, que ce régime ne tend point à l'affaiblir, et qu'au contraire le médecin lui a dit que la nature se servait d'autant plus vite du médicament qu'on lui a confié, qu'elle a plus de force et d'activité.

Dans le prochain numéro, nous commencerons le cours de thérapie homœopathique par le traitement des maladies fébriles. H. G., *doct.-méd.*

EXPÉRIENCES OFFICIELLES

Faites en Autriche, en Russie, en Bavière, etc.,

SUR L'EFFICACITÉ DE LA MÉTHODE HOMOEOPATHIQUE.

—

Extrait d'un rapport du docteur J. Attomyr, sur les expériences homœopathiques, faites dans l'hôpital de Munich.

(Archiv. f. d. hom. Heilk., t. XI, cah. 2, p. 100.)

——

Le conseiller supérieur de médecine (*Obermedicinalrath*), docteur Ringseis, à Munich, ayant résolu de faire quelques essais d'homœopathie dans l'hôpital de cette ville, accepta, dans ce but, les offres de service du docteur Attomyr, qui s'en occupait déjà lui-même depuis quatre années. Un premier essai très heureux, tenté chez deux malades, encouragea le docteur Ringseis à faire continuer les expériences d'une manière suivie pendant 5 mois, depuis le milieu d'octobre 1830 jusqu'au milieu de mars 1831. Ce sont les résultats de ces observations que le docteur Attomyr a consignés dans le mémoire dont nous donnons ici l'extrait.

L'auteur du rapport se loue infiniment du zèle et de la bienveillance éclairée de l'honorable docteur Ringseis, ainsi que de l'exactitude consciencieuse du pharmacien de l'hôpital, M. Kasshofer, dans la préparation des médicamens homœopathiques. Toutefois, il énumère longuement les obstacles qui ont entravé les expériences, et qui ont dû nuire à l'ensemble des résultats obtenus. En voici un résumé succinct :

1° Les malades traités homœopathiquement n'étaient point placés dans un local spécial, ils se trouvaient pêle-mêle avec les autres, exposés à l'influence des émanations médicamenteuses, des fumigations, etc., etc.

2° Pendant une épidémie de petite vérole, on plaça dans toutes les salles de l'hôpital des vases désinfectans de chlorure, et tous les malades furent inoculés.

3° Deux docteurs attachés à l'administration du conseiller, docteur Ringseis, étaient fort opposées à l'homœopathie, et cette circonstance dut influer d'une manière d'autant plus défavorable, que le docteur Ringseis, ignorant la chose, avait confié à l'un de ces docteurs la dispensation des remèdes homœopathiques ordonnés.

4° Les alimens devaient bien être préparés suivant les principes du régime homœopathique, mais la surveillance en était confiée aux deux docteurs ci-dessus, qui n'y regardaient pas de bien près. Les malades se plaignirent plusieurs fois que le bouillon était si salé, qu'ils ne pouvaient le boire.

5° Le docteur chargé de la dispensation des remèdes, se permit fréquemment, et contre l'instruction spéciale du docteur Ringseis, de faire donner les poudres par les gardes-malades, ce qui causa des méprises fâcheuses.

6° Les cas d'affections aiguës, et qui auraient présenté le plus d'intérêt, étaient tous traités à la clinique de l'hôpital, où l'on ne fit que très peu d'essais homœopathiques. Les malades de la division où l'on expérimentait, étaient pour la plupart âgés, attaqués de maux incurables et très pauvres, de sorte qu'ils regardaient comme un bonheur de pouvoir passer l'hiver dans un hôpital bien chauffé. De là des maladies simulées, des traitemens prolongés, etc.

7° Les malades étaient peu dociles, et les infractions au régime étaient facilitées par la complaisance réfléchie des gardes, qui leur donnaient, en cachette, du tabac, du vin, etc.

8° L'eau de l'hôpital était d'une mauvaise qualité et provoqua plus d'un fois des diarrhées.

9° L'influence générale de l'hiver de 1831 se trouva telle, que, dans cinquante cas de maladie, il se présenta à peine un seul cas d'affection purement inflammatoire. Or, ce sont précisément ces cas-là où l'heureux effet des doses homœopathiques se montre de la manière la plus décisive et la plus brillante.

Voici maintenant l'énumération des guérisons obtenues pendant les cinq mois d'épreuves.

Une *métrorrhagie* chez une fille de vingt ans, à la suite d'une menstruation trop abondante. Elle avait été traitée assez longtemps allopathiquement. Une dose homœopathique de *ferrum metallicum* fit cesser la perte utérine du jour au lendemain. La malade prit ensuite la *china*, et sortit bientôt après de l'hôpital entièrement rétablie.

Trois ascites très développées chez des femmes âgées. La première avait été traitée longtemps allopathiquement sans le moindre succès. Une petite dose de *china* amena, au bout de douze heures, un flux abondant d'urines, et en moins d'une semaine l'enflure avait disparu avec l'embarras de la respiration et une toux très fatigante. Le second cas fut guéri presque aussi rapidement, par le *china* également. Mais, dans le troisième, on fut obligé d'avoir recours en outre à plusieurs autres substances.

Une ascite avec anasarque chez un homme de quarante ans, atteint outre cela d'une affection organique du cœur. Cet homme avait été guéri déjà plusieurs fois de la même maladie à l'hôpital, par la *digitale* administrée allopathiquement, et cela avec un succès étonnant. Le docteur Attomyr reconnut que la digitale était bien indiquée homœopathiquement, et proposa de la redonner encore, mais cette fois à la dose d'un décillionième de goutte. En moins d'une semaine, l'enflure disparut, et le malade se trouva même soulagé pour l'affection du cœur.

Cependant, comme ces retours fréquens de la même maladie dépendaient évidemment d'une disposition psorique à laquelle la digitale ne pouvait rien, il y eut bientôt une nouvelle rechute, et alors ni les médicamens apsoriques, ni la digitale donnée allopathiquement n'eurent plus aucune action, et le malade fut livré de nouveau au traitement allopathique (1).

Deux inflammations de poitrine, une *pneumonie* et une *pleurésie*. L'un des cas, chez une femme de trente ans, fut guéri en deux jours par *l'aconit* et la *bryone*. Dans l'autre, qui eut lieu chez un homme d'environ trente ans, la première dose de *bryone* amena une violente exacerbation, qui disparut rapidement après une seconde dose de la même substance (2).

Une pulmonite compliquée avec une fièvre nerveuse. Le malade, jeune homme de dix-huit ans, avait une disposition phthisique très développée. Il avait eu d'abord une pulmonite pour laquelle on l'avait saigné avant son entrée à l'hôpital. L'effet de la saignée ne fut point favorable, car, le troisième jour, le patient fut amené à la clinique médicale, avec des points douloureux dans la poitrine et tous les symptômes d'une fièvre nerveuse, principalement une oblitération prononcée de tous les sens et du délire. Il prit le matin l'*aconit*, et huit heures plus tard la *bryone*. Le lendemain, tous les symptômes inflammatoires, ainsi que ceux de la fièvre nerveuse, avaient disparu. Le malade, qui la veille était sourd, entendit de nouveau; le trouble de la vue s'était dissipé, la langue humide, la respiration, même profonde, sans la moindre douleur, etc. « J'ai traité plu-
» sieurs centaines de cas de fièvres nerveuses semblables,
» dit avec franchise le conseiller docteur Ringseis; je con-
» nais fort bien la marche de ces maladies, et je puis affir-
» mer qu'elles ne se guérissent jamais ainsi du jour au len-
» demain, ni d'elles-mêmes, ni par la méthode curative
» usitée. Ces cas, où le mal se complique d'accidens inflam-
» matoires, sont pour l'allopathie les plus graves et les plus
» difficiles, attendu que l'on se croit obligé de combattre
» l'inflammation par les *débilitans*, qui aggravent la fièvre
» nerveuse, et d'agir contre celle-ci au moyen des *excitans*
» qui favorisent l'inflammation. »

Un point dans la région de la rate, très violent, presque sans interruption, de telle sorte que la malade, âgée d'environ trente-cinq ans, ne se livrait au sommeil que par intervalles très courts. Ce cas avait été traité d'abord allopathiquement par le docteur Ringseis, mais sans succès, et même avec augmentation sensible du mal. Le docteur At-

---

(1) On comprend que les circonstances ne permettaient pas au docteur Attomyr d'entreprendre chez ce malade un traitement antipsorique, nécessairement fort long, et qui seul aurait pu le guérir *radicalement*. (R.)

(2) Hahnemann observe que la *bryone* produisant beaucoup d'effets alternatifs, il arrive fréquemment qu'il faut en donner deux doses successives pour en obtenir un résultat salutaire. (Voy. *Reine Arzneimittellehre*, tom. 11, pag. 457, 2e édit.) (R.)

tomyr fut donc invité à examiner la malade, et à proposer un remède homœopathique. Il lui fit donner, le soir, le *china*. Au bout de quelques heures la malade s'endormit et se réveilla le lendemain sans douleurs.

Trois sciatiques. La première, chez une homme de trente ans, résista d'abord à la *noix vomique* et à la *bryone*, et céda à une seule dose de *coloquinte*. La seconde, chez une femme d'environ quarante ans, était très violente; ici on donna sur-le-champ la *coloquinte*, et en quelques jours les douleurs avaient disparu. Le troisième cas, presque aussi violent, avec impossibilité de marcher du pied qui répondait au côté malade, fut guéri également par la *coloquinte* dans l'espace de cinq jours.

Un cas de *délire aigu*, chez une jeune fille de dix-huit à vingt ans, amené par une crainte superstitieuse de mourir un certain jour déterminé. Ce jour fatal étant arrivé, elle prit une fièvre avec délire, fut amenée à l'hôpital et traitée d'abord allopathiquement. La saignée ne fit aucun bien, et le délire continua pendant plusieurs jours. La malade pleurait et riait tour-à-tour, se levait la nuit de son lit pour chercher à s'enfuir ou à grimper contre les murailles, et gardait un silence obstiné pendant toute la journée. Le docteur Ringseis se décida alors à tenter le traitement homœopathique. Le docteur Attomyr proposa l'*aconit*. Dès la première visite, après la prise du médicament, la malade fut en état de comprendre les questions qui lui étaient adressées. Deux jours plus tard, elle avait repris toute sa connaissance, elle parlait, mangeait, dormait; mais sa faiblesse était extrême, et bientôt on vit paraître les symptômes d'une fièvre nerveuse (probablement le résultat de la saignée), contre laquelle tous les efforts restèrent sans efficacité. Le symptôme opiniâtre du météorisme, qui se montre quelquefois dans ces fièvres, résista à tous les remèdes. L'*arnica* et le *mercure* parurent toutefois diminuer un peu le gonflement de l'abdomen. On finit par revenir au traitement allopathique, et le résultat de tout cela fut que la malade ne succomba pas, mais qu'elle quitta l'hôpital dans un état de grande faiblesse et d'émaciation. Le délire ne revint point pendant les deux mois que dura la maladie.

Une dysenterie avec ténesme violent, chez une femme de trente-cinq ans. Cette maladie résista pendant plusieurs jours à tous les remèdes allopathiques, et céda en dix heures de temps à un décillionième de grain de *soufre*.

Un *vomissement chronique*, guéri par la *nux vomica*.

Une *phthisie pulmonaire*, chez une femme relevant de couches. La maladie n'avait été préalablement que suspendue pendant la grossesse. Après l'accouchement, la malade arriva à l'hôpital dans un état d'extrême épuisement, fatiguée par une toux violente, surtout pendant la nuit, avec une expectoration très abondante de mucosités d'un jaune verdâtre et de l'odeur des œufs pourris. A la suite d'une dose de soufre, l'état des poumons s'améliora sensiblement après une quinzaine de jours. La malade n'expectorait plus que du mucus bronchial, elle dormait presque toute la nuit, et ses forces revinrent si bien, qu'elle voulut absolument quitter l'hôpital avant d'être entièrement rétablie. Ceci est le seul cas où l'on ait obtenu pendant ces épreuves quelque succès contre la phthisie pulmonaire. Dans d'autres cas, où les antipsoriques même n'amenèrent aucune amélioration, on essaya la méthode de dérivation par l'emplâtre de poix, telle que la conseille Hahnemann. Il est très vrai que l'on observe une rémission marquée de la phthisie, du moment que l'on a réussi à provoquer une éruption accompagnée de prurit; mais cela ne dure pas, à moins que l'on ne remette l'emplâtre, ce que l'on ne peut obtenir d'aucun malade. Les démangeaisons produites par son emploi leur paraissaient intolérables. Chez une jeune fille d'une vingtaine d'années, on remarqua distinctement, tous les quinze jours environ, le retour régulier des périodes d'inflammation des poumons, annoncés par des points dans la poitrine, des mouvement fébriles, des crachemens de sang, etc. (1).

Une *épilepsie* dont les accès ne venaient que pendant la nuit, et, depuis plusieurs semaines, toutes les nuits, avec jactations violentes des membres, respiration difficile et douloureuse, etc. Après une petite dose d'*opium*, les accès cessèrent dès la première nuit. Au bout de sept jours, le malade quitta l'hôpital sans avoir eu de nouvelle attaque. Il reçut en partant une dose de *calcar. carbon.*, avec l'invitation de se présenter de semaine en semaine à l'hôpital pour donner de ses nouvelles. Il revint une seule fois pour annoncer que tout allait à souhait, et on ne le revit plus.

Une *disposition au vertige* par suite d'aménorrhée, chez une femme de trente ans. Une dose de *pulsatille* la fit cesser.

Une *ophthalmie violente*, chez un homme de trente ans, guérie par une seule dose de *belladone*.

Apoplexia ex vitio cordis; c'est ainsi que fut désignée, à la clinique médicale, l'affection d'une jeune fille de vingt-deux ans, qui offrait les symptômes suivans: immobilité et raideur, insensibilité complète, visage gonflé et d'un rouge bleuâtre, pulsations violentes du cœur, absence presque complète des battemens artériels, respiration stertoreuse, etc. Le docteur Ringseis essaya, avant tout, la saignée, l'acide hydrocyanique en dose allopathique, etc.; et comme rien ne réussissait, il finit par donner la *pulsatille* homœopathiquement. En quelques jours, et sans l'aide d'aucun autre agent médicinal, la malade se rétablit parfaitement.

Convulsions hystériques, chez une femme de vingt-quatre ans, revenant plusieurs fois par jours et avec une violence croissante. Le docteur Ringseis traita d'abord la malade allopathiquement, et, voyant le mal augmenter, se décida à essayer l'homœopathie. Une seule dose d'*ipécacuanha* arrêta les accès, qui n'ont point reparu depuis lors.

Convulsions épileptiformes, chez une femme de vingt-cinq ans. Il y avait deux attaques par jour, mais l'accès du matin était très différent de celui du soir. Le matin, la ma-

---

(1) Dans ces cas, qui sont très fréquens, il est bon de donner une ou plusieurs petites doses d'*aconit*, même pendant l'action des antipsoriques; ce qui est presque toujours du meilleur effet. (*Observ. du rédacteur des Archiv.*)

lade gisait immobile, quoique sans raideur, respirant à peine, les yeux à demi ouverts, et dans un état de complète insensibilité, si bien qu'on pouvait la piquer avec des épingles sans qu'elle témoignât la moindre douleur. Les accès du soir ressemblaient aux convulsions hystériques ordinaires. La malade perdait connaissance, tournait les yeux, serrait les pouces dans la main, et s'agitait dans le lit avec tant de violence, que les gardes pouvaient à peine la contenir. Une dose d'*opium* fit cesser les accès du matin; et une autre dose de *stannum*, ceux du soir. La malade quitta bientôt l'hôpital : on ignore si sa guérison s'est bien soutenue.

Une leucorrhée avec enflure des genoux, chez une jeune fille de dix-neuf ans. Elle fut guérie par l'*arnica* et la *calcarea*.

Une migraine chronique, périodique, occupant le côté gauche de la tête, et revenant tous les jours à cinq heures du soir. La maladie datait de plusieurs années, et était très violente. La malade, femme d'environ cinquante ans, subit d'abord, inutilement, un long traitement allopathique. Il fut résolu d'essayer l'homœopathie. Le docteur Attomyr était alors lui-même très souffrant des suites d'expériences qu'il faisait sur l'action pathogénétique du corail rouge. Le docteur Ringseis lui transmit par écrit un tableau détaillé de la maladie. Il proposa de donner d'abord l'*asarum*, et, si cette substance ne réussissait pas, la *coloquinte*. L'*asarum* amena un peu de soulagement, mais, après quelques jours, une dose unique de *coloquinte* fit disparaître la migraine. La guérison s'est bien soutenue depuis.

Une fièvre gastrique fut guérie par la *pulsatille* et le *coffea*.

Trois cas d'ulcères psoriques. Chez deux malades de trente à quarante ans, ces ulcères occupaient le pied et la jambe. Tous deux furent guéris par une petite dose de *sulphur*. Le troisième cas, chez un homme de vingt-cinq ans, s'était développé à la suite d'une teigne répercutée, et s'annonçait comme bien plus grave que les premiers. Les ulcères couvraient presque tout le corps. Tous disparurent après l'administration de *spirit. vinc. sulphur.* $\frac{\cdot}{X}$.

Une complication de psora avec de fortes destructions syphilitiques, chez une femme d'environ vingt-cinq ans. Au début du traitement homœopathique, l'état de la malade présentait les symptômes suivans. Tout le corps était couvert par une éruption galeuse en pleine efflorescence, accompagnée d'ardeur et de prurit. Le palais était percé d'un trou assez grand pour y introduire le tuyau d'une grosse plume, et dont les bords, sur une étendue de trois à quatre lignes, étaient ulcérés et lardacés. Les os du nez étaient le siége d'une enflure très marquée, et une sanie infecte s'écoulait par les narines. Le son de voix était très nasal. — L'éruption galeuse disparut en sept jours, par l'effet de *spirit. sulphur.* $\frac{\cdot}{X}$ Les autres symptômes étaient restés les mêmes. On donna une petite dose d'*aurum*. Quelques jours plus tard, les bords lardacés de l'ouverture du palais commencèrent à se rougir, et pendant cette légère inflammation, on vit l'ouverture diminuer de plus en plus. Dans la troisième semaine de l'action de l'*or* (d'une seule dose), le bord lardacé avait entièrement disparu, et on ne voyait plus à la place qu'une légère rougeur. Une semaine plus tard, la quatrième après la prise de l'*or*, l'air ne passait plus par le palais; l'ouverture morbide était donc entièrement fermée; seulement les parties molles ne se joignaient pas encore complètement, et laissaient, entre elles, un léger enfoncement. L'*ozène* avait disparu, ainsi que le son nasal de la voix. — Les docteurs allopathes, qui avaient suivi la cure, avaient annoncé de prime abord que le nez de la malade resterait un jour dans la main du médecin homœopathe, qu'elle perdrait la luette, etc. Ils demandaient, en plaisantant, si on comptait fermer l'orifice du palais avec des décillionièmes de grain. Mais lorsque ces messieurs virent le nez conservé et l'ouverture du palais fermée, ils affirmèrent que de semblables affections se guérissaient fréquemment sans remèdes. — Cependant la malade n'était pas entièrement rétablie, et au bout de quelque temps, on vit reparaître des traces d'ulcération à l'ouverture du palais, qui menaçait de se rouvrir. On proposa l'*acidum nitri*, sur quoi ces symptômes inquiétans disparurent de nouveau, et la malade voulut à toute force quitter l'hôpital avant la complète guérison.

Une syphilis, chez une fille de vingt ans, avec deux bubons ouverts, une éruption pustuleuse sur les mains, les bras et le visage, une leucorrhée et une angine syphilitique. Un décillionième de grain de mercure fit disparaître en six semaines l'angine et l'éruption pustuleuse. Les bubons se fermèrent, mais la leucorrhée persista. On ordonna la *calcarea*, mais la malade ne la reçut pas, et voulut sortir de l'hôpital après quelques jours.

Une syphilis, chez un homme de vingt-quatre ans. Une petite dose de mercure la guérit en quelques semaines. Le chancre disparut sans laisser aucune trace.

Une syphilis compliquée de sycose, chez un homme de vingt-quatre ans. Le chancre disparut en deux semaines par l'effet du *mercure*. Les condylomes restans au nombre de douze, et qui occupaient le bord du gland, furent enlevés en dix jours par le *thuia*, mais un très gros condylome avec une base très large résista pendant plus longtemps. Sa forme changea d'abord à la suite de quelques applications du suc de *thuia*; la large base disparut et le condylome resta attaché comme par un fil assez mince. En même temps, la surface de l'excroissance se divisa en un grand nombre de parties ayant toutes la forme de petits condylomes. Enfin, l'excroissance se détacha tout-à-fait.

Une blénorrhée, chez un homme de trente ans, fut guérie en douze jours par de petites doses de *copahu* et de *petroselinum*.

Environ *quarante gales simples*, chez des sujets tous au-dessous de trente ans (1). Les dix premiers galeux furent guéris du dixième au quatorzième jour, par une seule dose de *soufre* X. Les autres cas exigèrent de trois à quatre

---

(1) Le docteur Attomyr ajoute qu'il s'abstient du détail de ces traitemens, parce que le docteur Melicher en a fait le sujet d'une dissertation inaugurale, qui comprendra, avec les cas indiqués, les observations que le docteur Ringseis avait déjà faites lui-même auparavant.

semaines, et il serait difficile de s'expliquer cette différence, si les malades ne s'étaient pas plaints fréquemment de ne pas recevoir les remèdes prescrits. Il a été expliqué plus haut quelles étaient les causes de ces irrégularités. X.

TRAITEMENT HOMOEOPATHIQUE DU CHOLÉRA.

—

Tableaux comparatifs des guérisons obtenues en Russie et en Autriche.

Nous nous empressons de communiquer à nos lecteurs deux documens d'un haut intérêt pour la confirmation des succès obtenus contre le choléra par la méthode homœopathique. Ce ne sont, il est vrai, que des chiffres ; mais quelle puissance n'ont pas les chiffres, quand il sont l'expression des faits ! Et quand, sur un nombre de cas aussi considérable, observés par des médecins étrangers les uns aux autres, dans des pays divers, chez des populations diverses, on voit se reproduire constamment la même proportion de guérisons, comment se refuser à l'évidence, à moins d'aveuglement ou de mauvaise foi ? Que l'on fasse, du reste, si l'on veut, une large part aux observations erronées, pour les cas comptés comme cas de choléra, et qui, peut-être, se trouvaient moins graves, la proportion sera cependant encore si fort en faveur de l'homœopathie, qu'un entêtement ridicule et coupable pourrait seul éloigner les médecins allopathes d'un examen sérieux et impartial de la vérité.

Le premier de ces documens nous a été transmis de Pétersbourg par M. l'amiral Mordvinof. Il est intitulé : *Extrait des documens*, etc., etc.

Voici le tableau.

EXTRAIT DES DOCUMENS ENVOYÉS A L'AMIRAL MORDVINOF, CONCERNANT LE TRAITEMENT HOMOEOPATHIQUE DU CHOLERA-MORBUS, PENDANT LES ANNÉES 1830 ET 1831.

	malad.	guéris.	morts.
1. Dans le gouvernement de Saratof, district de Balaschof, il y a eu dans les villages Romanovka, Mordofskoï Karaï, Bobylevka, Chetnevka et Kelytcheva, d'après le témoignage du Comité sanitaire de Balasebof, délivré au chambellan A. N. Lvof, qui avait traité lui-même ces malades. .	625	564	61
2. Même gouvernement et district dans les propriétés mêmes du chambellan A. N. Lvof, où les secours homœopathiques ont pu être administrés sans la moindre perte de temps, d'après le témoignage de ce propriétaire	50	50	—
3. Même gouvernement dans les biens de M. Povalischine, d'après le témoignage de ce propriétaire	38	36	2
4. Même gouvernement dans les biens de M. Bitutsky, d'après le témoignage de ce propriétaire, ...	19	16	3
5. Même gouvernement dans les biens de M. A. A. Stolypine, d'après le témoignage de ce propriétaire.	13	12	1
6. Même gouvernement dans les biens du chambellan Baron Bodé, d'après le témoignage de ce propriétaire	188	177	11
7. Dans le Gymnase de la ville de Saratof, d'après le témoignage de M. Müller, directeur de ce Gymnase, et d'après celui de M. Fogel, professeur de l'Université de Casan et docteur en médecine. . . .	20	20	—
8. Dans la même ville de Saratof, M. le docteur Kleiner a traité homœopathiquement, d'après son témoignage. : . .	39	36	3
9. D'après le témoignage du même docteur Kleiner, et d'après les certificats qui lui ont été délivrés par les autorités locales, pendant le temps qu'il avait été chargé par le ministre de l'intérieur du traitement des malades attaqués par le cholera-morbus :			
a) Dans le village Gloubokinski, pays des Cosaques du Don, district de Kamensk.	59	53	6
b) Dans les villages Rosschevatskoe et Illjinskoe, situés sur la ligne d'observation du Caucase	85	67	18
10. Dans le village Raskazovo et lieux voisins, appartenant à M. A. M. Poltaratzky, gouvernement et district de Tambof, d'après le témoignage de M. A. V. Toulinef, qui a traité ces malades, et d'après celui du propriétaire lui-même. . . .	92	87	5
11, Dans les biens du même M. A. M. Poltaratzky, situés dans le gouvernement de Tver, d'après le témoignage de ce propriétaire	45	44	1
TOTAL. . .	1273	1162	111

Proportion moyᵉ des guérisons : 91 1/2
sur 100 mal. des morts . . 8 1/2.

Lorsque les secours homœopathiques ont été administrés dès les premiers symptômes de la maladie, tels que le mal de tête et la région précordiale, aucun des malades n'a succombé.

On a de plus fait la remarque qu'après un traitement homœopathique du choléra, les forces et la santé revenaient fort promptement ; tandis qu'après les traitemens d'après les méthodes médicales, l'état de faiblesse se prolongeait des

mois entiers, et souvent il s'ensuivait quelque autre maladie mortelle (1).

Le second des documens dont nous avons parlé, a été remis à Munich, à notre collaborateur le docteur Peschier, par le mois d'avril 1832, par ordre de S. M. le roi de Bavière, pour recueillir des renseignemens authentiques sur les résultats du traitement homœopathique du choléra. Ce tableau fait partie du rapport officiel remis par le docteur Roth, et qui n'a pas encore été publié. On remarquera quelques différences entre les chiffres donnés ci-après, et ceux qui ont été publiés par le docteur Quin (Voyez p. 166 de ce volume). Ces variations n'ont aucune importance pour les résultats généraux, et nous pensons qu'il faut s'en tenir aux chiffres du docteur Roth, qui peuvent être considérés comme parfaitement authentiques.

(1) Avec le tableau ci-dessus, nous avons reçu de l'amiral Mordvinof une petite brochure intitulée : *Aperçu sur l'homœopathie,* qu'il a publiée à Saint-Pétersbourg en 1831.

TABLEAU

Comparatif des cas de choléra traités par 14 médecins homœopathes à Prague, en Moravie, en Hongrie et à Vienne, avec l'indication des remèdes employés par ces médecins.

NOMS DES MÉDECINS ET INDICATION DE LIEUX.	NOMBRE des MALADES traités.	GUÉRIS.	MORTS.	INDICATION DES PRINCIPAUX REMÈDES EMPLOYÉS.
Dr Schaller, à Prague.	113	113	—	Veratr., phosphor., chamom., ipecacuanha, arsenic., carbo veget.
Dr Lœvy, à Prague	80	72	8	Phosphor., sulphur., veratr.
Dr Gerstel, en Moravie et à Prague.	330	284	36	Camph., phosphor., veratr., cupr., ipecac., carbo veg., sulph.
Dr Baër, à Prague	80	80	—	Chamom., phosphor., veratr., arsenic., spirit. camph.
Dr Bakody, à Raab	154	148	6	Chamom., ipecac., ver., cupr., arsen., cicuta, prun. laurocer.
Dr Lens, près de Pesth	40	32	8	Camphor., veratr.
Dr Mayer, à Pesth	65	65	—	Veratr., arsenic.
Dr Pater Veith, à Vienne. . . .	80	78	2	Phosph., sulphur., cuprum, verat., arsenic., camph., ipecac.
Prof. Dr Veith, à Vienne. . . .	50	49	1	Ipecac., verat.
Dr de Lichtenfels, à Vienne . . .	46	43	3	Verat., cuprum.
Dr Marenzeller, à Vienne . . .	30	27	3	Verat., cuprum.
Dr Vrecha, en Moravie et à Vienne.	104	88	16	Camph., veratr.
Dr Schültz, à Vienne.	17	17	—	Ipecac., verat.
Dr Lederer, à Vienne	80	78	2	Phosph., ipecac., verat.
TOTAL.	1269	1184	85	Verat. 14, ipecac. 7, phosph. 6, camph. 5, cupr. 5, arsen. 5, chamom. 3, sulphur 3, carbo veget. 2, cituta 1, prunus laurocerasus 1.

En résumant tous les chiffres publiés jusqu'à ce jour, nous obtenons comme résultat général le tableau suivant, que nous aurons soin de rectifier et de compléter à mesure que de nouvelles données nous parviendront.

INDICATION DES PAYS.	NOMBRE des MALADES traités.	GUÉRIS.	MORTS.
En Russie (Documens de l'amiral Mordvinof, observations des docteurs Seider et Peterson)	1557	1394	163
En Autriche (Documens du docteur Roth, observations des docteurs Schréter, Hanusch et Quin.	1406	1314	95
A Berlin (Observations des docteurs Stüller et Haynel)	32	26	6
A Paris (Observations du docteur Quin)	19	19	—
TOTAL.	3017	2753	264

FÉVRIER. — MARS 1833.

PHLEGMASIES DE L'APPAREIL DIGESTIF.

Description sommaire. — Les viscères creux sont revêtus à leur surface d'une membrane, ou tégument interne, chargée de plusieurs fonctions tendantes à l'acte assimilateur. Bien que continue par tous ses points, cette membrane muqueuse gastro-intestinale n'est pourtant pas identique et uniforme dans toutes ses régions. Elle en offre trois distinctes, variables de densité, de composition, de vitalité, recevant des nerfs d'un ordre différent et n'exerçant pas les mêmes sympathies : l'une, supérieure ou gastrique ; l'autre, moyenne ou intestinale ; la troisième, inférieure ou de colon. Il est difficile que l'une de ces régions soit irritée sans que les autres y participent plus ou moins ; mais les symptômes, soit locaux, soit sympathiques, présentent des tableaux divers, suivant celle des trois régions où la phlegmasie est prédominante.

Membrane de rapport et sens interne, la surface des viscères digestifs sympathise étroitement avec la plupart des autres appareils, ce qui rend compte de la fréquence de ses troubles fonctionnels, qui sont presque toujours secondaires. Ainsi peuvent devenir causes de gastro-entérites.

1° Les affections cutanées, depuis les phlegmasies éruptives jusqu'aux violences extérieures, les coups, les plaies, les chutes, etc.

2° Les alimens irritans, les substances vénéneuses ou non assimilables, la faim, la soif, etc.

3° Le surcroît de calorique qui stimule la peau, augmente l'exhalation, d'où excès d'absorption et d'érection vitale sur le tégument interne. Le froid trop vif, qui, supprimant les fonctions cutanées, oblige les membranes de rapports internes à une action supplémentaire. L'air, en outre, peut servir de véhicule à des corpuscules âcres, des matières délétères d'autant plus nuisibles à l'existence, que, plus divisées et plus voisines des corps impondérables, elles échappent à la réaction vitale des tissus superficiels, et parcourent avec rapidité l'arbre nerveux.

4° Les efforts musculaires excessifs.

5° Les opérations intellectuelles prolongées, la joie, les passions, les chagrins ; dans ce cas l'irritation réfléchie par l'encéphale est versée sur les parties viscérales qui reçoivent le plus de nerfs cérébraux ; de là contractions musculaires de l'estomac, crampes, spasmes, vomissemens, etc.

6° Toute déperdition de fluides, hémorrhagies, sueurs excessives, amour physique trop satisfait, etc.

Toutes ces causes peuvent agir lentement comme prédisposantes, ou brusquement comme déterminantes.

On a appelé prodrômes, ou symptômes précurseurs, cette époque d'incubation qui n'est elle-même qu'un degré de la maladie prête à faire explosion.

L'invasion des phlegmasies gastro-intestinales a lieu d'ordinaire par un frisson violent, pendant lequel il y a angoisse, tremblement, constriction, chaleur cutanée, douleur contusive des muscles, puis (si l'inflammation prédomine à la partie supérieure), soif ardente, répugnance pour les boissons chaudes et les alimens, dysphagie ou vomissemens, épigastralgie à la pression, rarement perception de douleur viscérale, parce que celle qui est réfléchie dans l'appareil de relation l'emporte ; elle n'est perçue que par la céphalalgie. Par l'intermédiaire du centre nerveux et des plexus, naissent deux ordres de symptômes sympathiques : 1° les uns appartenant à la vie végétative ; ainsi troubles des organes circulatoires et sécrétoires, altération du mucus lingual, des fluides salivaire, biliaire, pancréatique, urinaire, etc. ; 2° les autres dépendant de la vie de relation ; ainsi le cerveau participe presqu'aussitôt aux irritations de l'estomac ; *tristesse, abattement, terreur,* etc. ; puis ce centre nerveux répand à son tour le désordre dans les divisions de son domaine ; ainsi tout est lié, tout s'enchaîne dans l'organisme ; de là cette réponse si commune chez les malades. *Je n'ai mal nulle part ; j'ai mal partout.*

L'irritation transmise atteint plus vivement les organes qui, comme le cœur, reçoivent deux ordres de nerfs. La fièvre, c'est-à-dire, l'état du pouls, varie suivant le viscère où siége l'inflammation, et suivant la violence de cette dernière ; mais ce signe diagnostique n'est pas toujours fidèle, et ne doit avoir qu'une valeur relative dans le tableau général de la maladie.

En résumé, quand la phlegmasie gastro-intestinale s'élève au point de développer le trouble fébrile, elle occupe toute l'étendue du tube, mais sa prédominance dans une région et l'ordre particulier des sympathies qui sont mises en jeu, déterminent ces groupes si variés de symptômes qu'on a cherché à classer, par exemple :

Quand l'inflammation prédomine à la partie supérieure à un très haut degré, c'est la gastrite aiguë. S'il y a vomissement de matières noires, bilieuses, sanguinolentes, hoquet, cela correspond aux fièvres des pays chauds.

Quand l'inflammation diminue dans l'estomac pour se répandre dans l'intestin grêle, ce sont des gastro-entérites qui répondent aux différentes fièvres des auteurs. Ainsi :

Observe-t-on chez un sujet fort, pléthorique, jeune, un pouls plein, large, la rougeur, la soif, peu de malaise ? c'est la forme *angioténique* ou *synoque.*

Douleurs plus fortes, odeur excessive, soif inextinguible, pouls très rapide, céphalalgie atroce ? *fièvre ardente, causus.*

Constitution lymphatique, et affection de presque toutes les membranes muqueuses ? *fièvre muqueuse.*

Pouls développé, chaleur, soif, faiblesse, langue rouge et jaunâtre, déjections bilieuses ? *fièvre bilieuse.*

Aux symptômes ordinaires de la gastro-entérite, se joint-il du chatouillement au nez et à l'anus, haleine forte, odeur aigre ? *fièvre vermineuse.*

Les sympathies cérébrales prédominent-elles ? on observe tremblemens, délire, visions, convulsions ; *fièvre ataxique.*

Quand le colon est irrité, on a les formes *dyssentériques, diarrhéiques,* la colite aiguë.

Dans la forme catarrhale, l'inflammation a gagné la membrane muqueuse bronchique ; l'algide est caractérisée par le froid des membres, etc., etc.

Ces principales formes se subdivisent à l'infini dans la nature ; nous ne faisons que les indiquer sommairement, devant revenir à chacune d'elles pour indiquer leur traitement.

Il ne sera nullement question ici de la durée, de la marche, des crises, des terminaisons des maladies aiguës, parce que notre tâche n'est point de donner un traité de pathologie, et que, d'ailleurs, dès le principe d'un traitement homœopathique, rationnellement appliqué, toutes ces circonstances de marche, de durée, n'existent plus dans l'ordre ordinaire ; si la maladie n'avorte pas en quelques heures, elle est du moins tellement modifiée dans son essence, qu'on ne peut plus lui donner un nom connu. Il faut peut-être excepter l'érysipèle, la rougeole, la scarlatine et quelques autres, qui, sans changer de nature, viennent à la délitescence, ou bien ont un cours abrégé, exempt de complications comme de convalescence. Etudions le traitement de chaque forme en particulier (1).

I. *Forme angioténique, synoque, inflammatoire.*

Lors même que cette forme ne sera pas simple, il faudra commencer par enlever l'état inflammatoire.

Le *café*, l'*acide hydrocyanique*, et d'autres substances, peuvent amener ce résultat; mais le moyen le plus sûr de l'obtenir est l'*aconit napel*, porté à la 24e dilution ou VIIe puissance (quelquefois 30e ou X) (2), qu'il faut bien se garder d'administrer pendant le frisson fébrile, mais pendant la chaleur. La dose pour les sujets forts et pléthoriques, est de 1 ou 2 gouttes; chez les sujets faibles et les enfans, elle ne doit être que de la plus petite fraction d'une goutte qu'on brise, à cet effet, en la laissant tomber sur un certain nombre de petits globules de sucre bien pur, de manière à pouvoir administrer à la fois de un à quatre de ces globules. Dans l'un ou l'autre cas, une pincée de sucre de lait bien purifié est le meilleur véhicule qu'on puisse donner au médicament homœopathique. On prétend qu'un excipient liquide accroît leur force active ; je n'ai pas vérifié moi-même cette épreuve.

Plus l'état inflammatoire est prononcé, plus la circulation est précipitée, et plus tôt l'*aconit*, ainsi administré, manifeste son action. Cette dernière est plus prompte aussi chez les jeunes sujets. C'est au bout de 1/2, 1, 2, 3 heures, rarement plus tard, que les effets du médicament sont appréciables. Or voici ce qui s'observe en général alors : après une aggravation des symptômes fébriles, d'autant plus courte que la maladie est plus récente, et qu'on rend presqu'insensible quand on peut calculer, d'une manière bien précise, l'exiguité convenable de la dose, survient un mouvement d'expansion et de sédation ; le pouls s'élargit, s'amollit, se ralentit (quelquefois outre mesure) (1) ; il s'établit de la moiteur, de la fraîcheur à la tête, du calme et de la clarté dans les idées, et une agréable propension au sommeil. Dans les cas les plus simples, on se réveille guéri. L'apyrexie obtenue, on attendra 6 à 8 heures après l'administration de l'*aconit*, pour donner une autre substance, choisie d'après la nature des symptômes persistans ; mais quand on a le bonheur d'attaquer la fièvre inflammatoire à son début, on manque rarement de la faire avorter. J'ai recueilli plusieurs observations de ce genre, j'en produirai une seule ; des faits d'une telle simplicité pouvant facilement être reproduits par chacun de nos confrères.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Fièvre inflammatoire avortée par aconit.

M. Guindrand, paysagiste d'une verve remarquable et d'une imagination vigoureuse, 34 ans, fort, gros, coloré, athlétique, sujet aux angines et aux congestions vers la tête, accidens que j'avais toujours combattus par de larges dégorgemens sanguins, me fait appeler vers le soir du 6 avril 1832, et réclame avec instances une saignée sans laquelle, me dit-il, il court le risque d'étouffer pendant la nuit. Son état était le suivant : face tuméfiée, rouge, sourcils contractés, yeux brillans, injectés, céphalalgie intense, gonflement du col, pulsation des carotides; douleur lancinante dans la gorge, augmentant quand il avale sa salive, respiration pénible, battemens du cœur larges, vifs ; pouls plein, dur, vibrant, fréquent; peau chaude, prostration musculaire; moral abattu, effrayé; du reste, rien de plus caractérisé. Je lui administrai immédiatement 2 globules d'*aconit*, 30e dilution, et lui ordonnai l'eau sucrée pour unique boisson. Le lendemain de très bonne heure, je me rendis chez lui, incertain du résultat de ma médication, et muni, à tout événement, d'une lancette. Je trouvai mon malade habillé, et se disposant à déjeuner avec appétit avant de partir pour la campagne. Sa figure était pâle, exprimant un calme profond ; son pouls large, lent et souple. Il assura avoir goûté un sommeil paisible, mais précédé d'une demi-heure de grande agitation, pendant laquelle il lui avait semblé, parmi d'autres sensations, qu'une main de fer (ce fut son expression), fouillait les anfractuosités de sa cervelle.

Ainsi que nous l'avons dit, on n'est point toujours aussi

---

(1) Les praticiens, avant de tenter leurs expérimentations, devront se mettre en garde contre les préparations inexactes de médicamens. On met toujours en avant les insuccès de Laënnec, pour se dispenser de renouveler ses essais. Ce professeur ne put pas avoir de résultats avec les divisions faites à la pharmacie de la Charité. M. le pharmacien en chef de cet hôpital, qui les prépare aujourd'hui très bien, ainsi qu'un autre pharmacien de Paris et quelques-uns de Lyon et de Genève, m'a autorisé, de lui-même, à publier la déclaration ci-dessous :

« La plus grande exactitude a présidé aux divisions des substances médicamenteuses employées par Laënnec; mais, n'ayant à cette époque aucune idée des moyens décrits par Hahnemann, je dois à la vérité de dire que les médicamens préparés dans ma pharmacie ne pouvaient nullement servir aux essais homœopathiques. » H. PETROZ

(2) 18e ou 20e si le malade a pris des médicamens allopathiques, ou se trouve dans des conditions défavorables à l'action des remèdes connus, des odeurs, des miasmes, etc.

(1) Le vin et les acides sont antidotes de l'aconit, et en atténuent les effets trop marqués.

heureux; il est même assez ordinaire d'être obligé de revenir 3 ou 4 fois à l'*aconit*, de 6 en 6 heures, avant d'obtenir l'apyrexie; ce qui est d'autant plus difficile, que la maladie a déjà fait plus de progrès. Quand, par exemple, une fièvre persiste encore le 20e, 30e ou 40e jour, on la voit résister à l'*aconit*, tout aussi bien qu'aux sangsues; il faut alors négliger ce symptôme pour s'adresser au tableau général de la maladie, et si l'on réussit à choisir le médicament convenable, cette dernière s'amende presqu'aussitôt, et la cessation graduée de la fièvre arrive comme conséquence.

Rarement une fièvre inflammatoire est simple, rarement on est appelé à l'époque des prodrômes, rarement aussi l'aconit suffit à la guérison. Il faut donc étudier quelles indications restent à remplir.

Observe-t-on des symptômes encéphaliques redoutables après *aconit*, on se trouvera bien de *belladona* 24e ou 30e (1), 2 à 3 globules; il se présentera aussi des cas d'applications de *bryonia*, *camomilla*, *mercurius*, *nux vomica*, *pulsatilla*, *rhus*, etc.

Les symptômes de *belladona* correspondent à plusieurs de ceux observés dans les fièvres ataxiques; elle convient donc quand on redoute cette forme; elle convient encore lorsque la chaleur cutanée persiste, avec grande soif, forte céphalalgie, photophobie, complication d'angine, d'ophthalmie ou d'axanthème aigu. C'est une des substances que l'on conseille en général de ne pas répéter; 1 ou 2 globules de la dernière dilution m'ont presque toujours suffi. Dans l'enfance, si exposée aux irritations encéphaliques, la *belladona* éteint promptement la fièvre inflammatoire sans qu'il soit nécessaire de la faire précéder par *aconit*. A cet âge, *camomilla*, 6e ou 12e, est préférable à tout autre, quand la fièvre inflammatoire s'accompagne d'un travail de dention ou de diarrhée bilieuse.

Bryonia, 24e ou 30e, répond au délire, à la constipation, à l'épigastralgie, aux douleurs des parois thoraciques, aux douleurs musculaires qui s'aggravent en faisant quelque mouvement; la complication rhumatismale l'indique toujours lorsqu'on observe cette dernière circonstance. Si, au contraire, les douleurs naissent spontanément lorsque le malade est dans l'immobilité, et sont calmées par le mouvement du corps, *rhus*, 24e ou 30e, est alors le spécifique; il correspond aussi au délire et à divers symptômes ataxiques.

A-t-on affaire à de fortes congestions cérébrales, à la suite d'abus de spiritueux, chez des sujets pléthoriques, buveurs? il s'y joint presque toujours en ce cas des troubles abdominaux, et *nux vomica*, 24e ou 30e 2 à 3 globules, fera merveilles. Ce médicament est principalement indiqué par la coloration, la vultuosité, la constipation, la tension du ventre, sa sensibilité, la rougeur de la langue, etc. — *Pulsatilla*, 18e, 24 ou 30e, 2 globules, s'applique dans le même cas que *nux vomica*, et lui est préférable chez les femmes, les sujets sensibles, mélancoliques, ou dans le cas de certaines complications comme: rhumatisme vague, erratique, irritation des organes urinaires, aménorrhée, otite, etc. *Mercurius solubilis*, 6e ou 12e, 2 globules, trouvera quelquefois place dans la fièvre inflammatoire; son emploi peut s'alterner avec celui de la *belladona*, quand il n'y a pas de rémission après cette dernière; ces deux substances offrent quelque analogie dans leurs effets pathogénétiques, et sont antidotes l'une de l'autre.

Si, pendant l'action de ces remèdes, on remarquait une aggravation trop prononcée de symptômes, ce qui n'arrive jamais quand on a donné une dose suffisamment faible, il suffirait, pour en ralentir immédiatement les effets, de faire flairer une substance antidotique à celle qui opère. Ainsi, pour la *belladona*, on aura *merc.*, *pulsat.*, *hepar. sulf.*, *opium*, *vin*, *jusquiame* (le vinaigre augmente son activité); pour la *bryone*? *camphre*, *rhus*; pour la *camom.*? *café*, *ignatia*, *pulsat.*, *acon.*, etc. Les antidotes connus jusqu'ici sont indiqués dans les pharmacopées homœopathiques.

Les exemples de fièvre inflammatoire, ou synoque, avec tendance marquée à une des formes les plus graves, telles que la typhoïde, la cérébrale, la rhumatique, etc., se sont présentés plus d'une fois dans ma pratique; et après une dose d'*aconit*, rarement deux, je n'ai souvent eu besoin, si j'étais appelé dès les premiers jours, que d'une seule dose d'une autre substance bien choisie pour rétablir l'état normal. Enumérer ces observations serait fastidieux pour le lecteur.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Fièvre inflammatoire avec tendance à l'adynamie.

Mlle Louise Pelletier, fille et sœur des pharmaciens de ce nom, demeurant à Lyon, 22 ans, forte, pléthorique, après de légers malaises précurseurs, ressent tout-à-coup, le 25 janvier 1832, un frisson violent, suivi du développement de la fièvre. — *Tableau de la maladie.* Prostration; face rouge, animée, exprimant la souffrance; sourcils contractés, conjonctive injectée; chaleur vive à la peau; céphalalgie sus-orbitaire intense; langue sèche, saburrale, rouge au pourtour, et présentant au centre une ligne ou raie longitudinale d'un brun noirâtre; pouls dur, plein, 130 pulsations; épigastralgie augmentant par le toucher; point de selles; urine rare et foncée; douleurs contusives des membres plus fortement prononcées aux jambes. — Ayant alors peu d'expérience de la médication homœopathique et assistant à l'invasion d'une maladie évidemment formidable, je parlai d'une saignée de bras, suivie de 40 sangsues à l'épigastre, accompagnées de cataplasmes perpétuels, d'une diète sévère et de boissons sédatives. La malade y répugnait, et le retard de quelques heures me paraissant d'ailleurs sans danger, je lui administrai *aconitum* 30e *globule* 1; eau sucrée à discrétion. Il était 3 heures après midi. Vers 4 heures, les assistans, au nombre desquels était le père, observèrent une exacerbation terrible dont ils furent effrayés; elle dura près d'une heure.

A 8 heures, je revis la malade: mieux général, face épanouie, conjonctive décongie, pouls élargi, souple, à 90; langue humectée, très saburrale encore, mais la ligne brune a disparu: il reste encore céphalalgie, épigastralgie et sur-

(1) Nous nous servirons toujours du chiffre des dilutions ainsi: 30 au lieu de X; 12 au lieu de IV, etc.

tout vives douleurs contusives aux membres inférieurs; *pulsatilla* 30e, *globule* 1.

Le lendemain matin, apyrexie complète; la langue présente une escarrhe saburrale épaisse, qui se détache, comme on l'observe quelquefois du 21e au 28e jour des fièvres gastriques; peau naturelle, appétit; plus de couleurs musculaires; *bouillon*. L'après midi du même jour, la malade est sur son séant, langue nette, appétit très prononcé. — Côtelette de mouton. Guérison confirmée.

II. *Forme gastrique et bilieuse.*

On trouvera des modificateurs à cette forme en parcourant les effets purs des substances suivantes : *pulsat.*, *nux bryon.*, *antimon.*, *crud.*, *veratr.*, *bellad.*, *camom.*, *staphysagr.*, *merc.*, *taraxac.*, *coccul.*, *asarum*, quelquefois *ignat.*, *digit.*, *aurum.*, *arsen.* (Hartmann, Thérapie 67.)

Traitement des prodromes. — C'est ici que la connaissance des causes est importante et peut à elle seule mettre sur la voie de la guérison. Par exemple :

Si le trouble des fonctions gastriques provient de surcharge d'estomac, d'indigestion de corps gras, *pulsatilla* 12e. Au besoin, on favorise les vomissemens qui se présentent avec de l'eau tiède ou le chatouillement de la luette. Si le vomissement laisse après lui du dégoût ou des vomituritions, on apaise tout par *antim. crud.* 6e.

Si le trouble provient d'un accès de colère survenu pendant la digestion, il cèdera à *camomilla* 12e.

S'il provient de colère et de peur, c'est *aconit* 24e.

S'il est causé par le chagrin, l'irritation morale prolongée, la colère concentrée, la haine, c'est *ignatia* 12e, et une dose plus faible 24 heures après.

L'indignation s'est-elle jointe à la colère? *staphysagria* 30e.

Y a-t-il eu abus de liqueurs, café, de travail intellectuel ou coup de froid pendant la digestion? le sujet est-il habituellement irascible? *nux vomica* 24e, etc.

Ces indications, tirées des causes, sont applicables, non-seulement au traitement des formes dont nous traitons ici, mais à celui de toutes les maladies aiguës, lorsque l'on trouve analogie de symptômes entre ceux qui sont naturels et ceux que peut produire la substance chez le sujet sain.

Au début de la forme gastrique ou bilieuse, si l'appareil inflammatoire est très marqué, on peut lui opposer d'abord une ou plusieurs doses d'*aconit*. Puis après, si l'on observe : goût acide des alimens, langue brunâtre ou muqueuse, nausées, vomissemens d'alimens, constriction douloureuse de l'épigastre, tension l'épigastralgie à la pression, selles rares et dures, vertiges, céphalalgie gravative, etc., tous ces symptômes indiquent *nux vomica*, qu'il convient d'administrer le soir, et s'il le faut, on fait seulement respirer la teinture pour attendre cette heure-là. La dose de la 15e à la 30e dilution, suivant le cas, 1 à 3 *globules*.

L'irritation s'est-elle propagée dans les parties inférieures du tube digestif, avec tension, diarrhée et vomissemens? *Antim. crud.*, — 12 ou 18.

Très voisine de ce moyen est *pulsatilla*, 18 ou 24, mieux indiquée pourtant par le dégoût, les vomissemens persistans, et lorsqu'il y a selles muqueuses, frisson intercurrent, anxiété, insomnie pénible, rêves fatiguans, absence de soif, pulsations épigastriques, retour périodique de douleur spasmodique et pongitive à l'estomac, face pâle, jaunâtre, que les symptômes sont plus marqués la nuit. Ce médicament peut très bien succéder à l'antimoine, lorsque la gastrite persiste avec frissons. — *Nux vomica* est dans le même cas pour l'état gastrique; mais s'il y a supersécrétion biliaire, *camomilla* lui est préférable. Elle est surtout indiquée si l'état bilieux provient de colère et lorsqu'on observe les symptômes suivans : Rougeur d'une joue; chaleur du visage et des yeux; lèvres sèches, soif continuelle; vertige et hémicranie ou tiraillement, pression au front, avec pieds froids; amertume du goût; rapports; nausées; langue jaune, cotonneuse, épaisse; tension, plénitude de l'abdomen comme poussant vers la poitrine; yeux un peu rouges et gonflés le matin *Nux*, plutôt chez l'homme robuste, adonné aux liqueurs, ou quand la fièvre bilieuse, provoquée par une émotion, a eu le temps de se développer avant le moment opportun de *camomilla*. *Pulsatilla*, au contraire, plutôt chez les femmes et les sujets sensibles. On peut trouver des cas d'application, dans ces formes morbides, aux substances suivantes, d'après leurs effets pathogénétiques. *Bellad.*, *bryon.*, *staphys.*, *ignat.*, *veratr.*, *merc.*, *china.*, *ars.*, surtout dans le cas où l'état gastrique et l'état bilieux sont confondus au point de ne pouvoir se démêler. Ainsi, y a-t-il tranchées, coliques, froid de la peau, constipation, etc.? *veratr.* Selles vertes, âcres, muqueuses, un peu sanglantes, précédées de tremblemens, sans douleur et avec sentimens de faiblesse? *mercur.* 12e. Selles avec tranchées, vomissemens, chaleur brûlante, soif inextinguible, accablement extrême, etc.? *arsen.* 30e. Sens très irritables, ainsi que l'esprit, sécheresse de la bouche, soif intense, etc.? *bellad.*

Le Dr Schubert, de Leipzig, a employé avec avantage la goutte-mère de la teinture de *taraxacum*.

Les deux faits suivans sont tirés de notre pratique.

TROISIÈME OBSERVATION.

Fièvre gastrique.

M. V. de St. D. r. Sala, à Lyon, 16 ans, blond, mince, sujet aux migraines, malade depuis 2 jours.

25 *mars* 1832. Douleur frontale gravative; frissons fugaces; figure triste; peau chaude et sèche; pouls vif, serré, fréquent; langue couverte d'une couche épaisse de saburres blanchâtres; sensation de barre transversale avec tension épigastrique, articulations douloureuses; anorexie; soif; constipation. Ce même jour, *aconit* 30e.

26 *mars*. Reste de douleurs sus-orbitaire du côté droit; mêmes symptômes du reste. *Aconit* 30e.

27. — Nul changement, *antimon. crud.* 12ee.

Ce jour-là, légère aggravation, plus prononcée vers 5 heures. A 6 heures, tout a disparu, enduit lingual et céphalalgie.

28. — État normal.

La disparution brusque et presque instantanée d'un épai-

enduit saburral, faisant place à une langue nette et rose, fut pour moi, dans cette circonstance, l'objet d'une singulière surprise.

QUATRIÈME OBSERVATION.

Fièvre bilieuse.

Le nommé ***, domestique de M. P., quai Saint-Clair à Lyon, après quelques jours d'anorexie et de malaises précurseurs, est atteint subitement, le 14 juin 1832, de vomissemens bilieux, très abondans, avec faiblesse extrême, abattement, face injectée, conjonctive et teint jaunâtres, langue rouge aux bords, saburrale et jaune au centre; épigastralgie n'augmentant point par la pression; soif ardente; pouls fréquent, vif et dur, 120 pulsat. Le docteur Lorrin, appelé concurremment avec moi, prescrivit ce jour-là plusieurs doses successives d'*ipécac.* 6. Suspension des vomissemens, mais persistance des autres symptômes. *Nux* 30° le soir.

15 *au matin.* — Amélioration, mais légère. *Nux.* 30° répétée.

16. — Mieux général, *trois bouillons, eau sucrée.*

17. — Guérison confirmée.

Quel eût été le cours probable de ces maladies traitées par les méthodes expectante ou allopathique? Un praticien seul peut en calculer l'étendue et les chances... L'homme du monde est ici juge incompétent, tout porté qu'il est à conclure qu'un désordre si promptement vaincu n'offrait aucune gravité. C'est donc par les maladies aiguës que peut s'établir la conviction du médecin. Celle de l'homme du monde s'acquiert, au contraire, plus lentement par le soulagement qu'il éprouve, après de longs succès, dans les maladies chroniques, tandis que, dans ce même cas, le médecin peut mettre cette amélioration sur le compte des circonstances accessoires. Je le répète donc: médecin qui voulez expérimenter, attachez-vous aux maladies aiguës.

III *Forme catarrhale.*

C'est une gastro-entérite aiguë, compliquée d'une bronchite ordinairement peu intense, ou une bronchite avec irritation sympathique des viscères digestifs. Les membranes muqueuses des appareils respiratoire et gastro-intestinal participent à la phlegmasie, qui peut prédominer sur l'une ou sur l'autre. Cette forme offre de nombreuses variétés, mais voici les traits généraux qui la distinguent: douleur frontale; souvent coryza, enchiffrènement; chatouillement dans la gorge, se prolongeant dans les voies respiratoires et provoquant la toux; sensation de froid dans le haut de la poitrine et de plénitude dans le thorax; lassitude générale, malaise; toux incommode, sibilante, au commencement sèche, puis suivie d'une expectoration, qui d'abord fluide, âcre, irritante, devient muqueuse, grasse. Les secousses de toux sont quelquefois déchirantes, et retentissent douloureusement à l'épigastre; langue rouge aux bords, blanchâtre au centre; fièvre légère; peau chaude et moite; etc. On verra à l'article *Bronchite aiguë*, sa ressemblance avec cette forme fébrile: c'est que rarement une bronchite se déclare sans gastrite concomittante.

La thérapeutique homœopathique ne nous offre pas de remède plus spécial pour cette forme que pour toutes les autres. Après avoir recherché la cause et examiné si elle n'est pas source d'indication pour *ignatia, camom.* ou autre, l'*acon.* peut être appliqué et répété au besoin, mais les symptômes de la fièvre catarrhale sont rarement assez inflammatoires pour en exiger l'emploi. Le moyen qu'on pourra utiliser, suivant qu'il répondra le mieux au tableau morbide, sera choisi parmi les substances suivantes: *Camom.* 12ᵉ, *conium maculatum* 30ᵉ, *bellad.* 30ᵉ, *dulcam.* 24ᵉ, *ignatia* 12ᵉ ou 6ᵉ, *manganum aceticum* 30ᵉ, *nux* 30ᵉ, *pulsat.* 18ᵉ, *spigelia* 30ᵉ, etc.

Ces différens remèdes ont tous quelques rapports dans leurs effets pathogénétiques sur l'homme sain, avec quelques accidens des fièvres catarrhales. Ouvrons la matière médicale pure.

Camomilla. Enchiffrènement; flux nasal de mucus clair; enrouement; toux continuelle par chatouillement guttural; resserrement du thorax comme par un lien ou des agglomérations de gaz. Quelquefois douleur piquante en respirant, avec angoisse et sensation de brûlure.

Conium. Coryza fluent, enrouement; irritation et chatouillement de la gorge, provoquant une toux sèche qui est plus forte dans le repos, et s'accompagne d'une tendance aux vomituritions; expectoration glaireuse après plusieurs secousses de toux, qui retentissent douloureusement à la tête et au ventre; accès de suffocation comme si l'on serrait la gorge; inspiration lente; dilatation difficile du thorax; compression précordiale.

Bellad. Coryza; raucité de la voix; oppression le soir ou en marchant; toux du soir ou de la nuit, excitée par le chatouillement du creux de l'estomac; l'inspiration détermine une toux sèche, suivie quelquefois d'expectoration mucoso-sanguinolente.

Dulcam. Eternuement, enchiffrènement; gêne respiratoire; petite toux provoquant envies de vomir; douleur pongitive aux deux côtés du thorax, souvent suivie de toux et et d'expectoration muqueuse. Cette douleur est quelquefois déchirante, et s'étend de la poitrine au dos; elle disparaît par le mouvement.

Ignatia. Gonflement du nez et obstruction d'une narine; trachée remplie par des mucosités; toux matin et soir, excitée par grattement dans la gorge, lequel augmente par la toux elle-même; constriction du larynx comme par des vapeurs sulfureuses.

Manganum. Enchiffrènement et occlusion des narines; enrouement; sécheresse dans la gorge, toux douloureuse; points douloureux aux tempes et aux côtés qui provoquent la toux. Celle-ci est sèche le soir. Le matin, expectoration muqueuse, verdâtre et jaune.

Nux. Gonflement douloureux des narines, d'où s'écoule du mucus le matin; le soir, enchiffrènement avec grande sécheresse dans la bouche; l'air expiré porte une odeur désagréable. Le matin, disposition catarrhale; voix rauque, timbre bas; chatouillement au gosier; toux qui augmente en bougeant.

Pulsatilla. Coryza; perte de l'odorat et du goût; en-

rouement jusqu'à l'aphonie; chatouillement et douleur de la gorge, de la poitrine; toux sèche la nuit; le matin, expectoration glaireuse, abondante, quelquefois sanglante, d'un goût amer, bilieux; le matin de bonne heure on mouche du mucus épais, jaune, verdâtre, et d'une odeur fétide.

Spigelia. Obstruction des narines avec reflux dans le pharynx de mucosités si abondantes, qu'on craint de suffoquer; toux très vive qui succède à une sensation semblable à celle d'eau froide tombant dans la gorge; constriction asthmatique du thorax; sentiment de ligature autour des côtes avec palpitations; douleur pongitives qui suivent les battemens du cœur.

Les indications tirées de la cause, des complications, de la sensibilité du sujet, de ses habitudes, comme intempérance, colère, etc., aidées de l'examen de ces symptômes, mettront facilement sur la voie du remède à préférer. On voit aussi que l'époque de la journée où se manifestent les accidens, entrera pour quelque chose dans la balance; ainsi pour la nuit, *pulsat.*; pour le matin, *nux*; pour le soir, *bellad.*, *ignat.*, etc. Résumons quelques faits.

CINQUIÈME OBSERVATION.

Fièvre catarrhale.

M. V. A., rue des Deux-Angles, à Lyon, 36 ans, blond, sanguin, alité depuis deux jours. Face animée; yeux injectés; langue rouge, saburrale; constriction du pharynx, douleur en avalant; constipation; peau chaude moite; toux vive, fréquente, plus forte le matin, et seulement alors suivie d'expectoration; pouls large, plein, 120 pulsations. Ce jour-là, 20 mars 1832, *aconit* 2 fois, ralentit le pouls. Le 21, peu de changement, *nux* 30°°; mieux ce jour même. Le 22, le malade figure à la table et sort.

SIXIÈME OBSERVATION.

Gastro-bronchite.

Mme Penet, à Lyon, 30 ans; faible, maigre, malade depuis 12 jours, a cru pouvoir se traiter elle-même, en suivant les procédés qu'on lui prescrivit dans une maladie qu'elle croit semblable à celle-ci; mais, malgré l'emploi de sangsues, vésicatoires, loochs et tisanes, le mal empire de jour en jour. Face rouge, surtout aux pomettes; la rougeur augmente pendant la toux et la conjonctive s'injecte; faiblesse; envies de vomir; langue saburrale, et gardant à son pourtour l'empreinte des dents; épigastralgie; les secousses de toux irritent l'estomac; respiration difficile; oppression la nuit, etc. La fièvre est modérée, la peau moite, l'urine foncée, etc.

4. *février* 1832. *Conium* 30°°, *eau sucrée.*

5. — Amélioration très prononcée, sans qu'elle soit précédée d'aucune aggravation appréciable.

6. — Accès fébrile le soir, avec frisson et soif, constipation, mal de tête; mieux sous le rapport de la toux: *eau sucrée*, *bouillon.*

7. — Même état, moins l'accès fébrile; les jours suivans, mieux progressif et franche guérison.

Dans un prochain article, nous traiterons des formes muqueuse, vermineuse, fièvre puerpérale, fièvre lactée, fièvre nerveuse, typhus, fièvres intermittentes, etc.; puis nous passerons aux inflammations topiques.

H. GUEYRARD, *docteur-médecin.*

OBSERVATIONS DE HAHNEMANN

SUR LA RÉPÉTITION DES DOSES

D'UN MÊME REMÈDE HOMOEOPATHIQUE.

—

(*Extrait de l'ouvrage du docteur C. de Bœnningshausen, intitulé:* Répertoire systématique et alphabétique des médicamens antipsoriques. *Münster*, 1832.)

(L'homœopathie est une science toute neuve; c'est dire qu'elle doit nécessairement marcher, se développer, et, par cela même, se modifier plus ou moins, non point dans son principe, que l'expérience a maintenant sanctionné d'une manière irrécusable, mais dans les détails de ses nombreuses applications. Une de ces questions d'application, d'une haute importance pour l'art de guérir, s'agite depuis quelque temps parmi les médecins homœopathistes de l'Allemagne. Convient-il, dans tous les cas, de ne jamais donner qu'une seule dose de la substance indiquée homœopathiquement, ainsi que le prescrit l'*Organon*, sauf quelques rares exceptions, ou bien est-il préférable de répéter la dose à plusieurs reprises? Déjà plusieurs médecins, tels que Wolf, AEgidi, Gross, s'étaient prononcés, dans les *Archives homœopathiques*, en faveur de la répétition. Le traitement du choléra, dont les résultats ont été si brillans pour l'homœopathie, avait aussi confirmé l'avantage, et même la nécessité de multiplier les doses dans certains cas. Maintenant Hahnemann lui-même se prononce également dans cette importante question, et après avoir interrogé l'expérience avec la sagacité qui lui est propre, et toutes les facilités que lui donne son immense pratique, il revient sur le principe posé d'abord par lui d'une manière trop absolue, et indique les modifications qui doivent y être apportées. Nous nous empressons de traduire en entier ce morceau remarquable, et nous aurons soin de tenir nos lecteurs au courant des progrès que cette question ne manquera pas de faire.

Nous rendrons compte dans un autre article de l'ouvrage de Bœnningshausen, auquel ce morceau de Hahnemann sert d'introduction.)

—

Je n'ai aucune honte d'avouer que j'ignorais hier ce que l'expérience n'a pu m'apprendre qu'aujourd'hui. Je n'hésite point à poser ici, d'une manière plus précise et plus éten-

due, un principe que je n'ai pu établir, dans la quatrième édition de l'Organon, que sous une forme très incomplète. Des expériences plus récentes, et plus nombreuses, sont venues m'éclairer à ce sujet. Je ne dis plus, comme je disais au § 242, qu'il ne faut jamais, dans les maladies aiguës ou chroniques, donner plus d'une dose unique du même médicament, et lui laisser épuiser son action avant de passer à un autre. Je dis maintenant, au contraire, *qu'il est souvent très avantageux et nécessaire, de donner plusieurs doses du même remède avant de recourir à l'emploi d'une nouvelle substance.*

Le principe posé dans le § 242 de l'Organon avait été fondé sur l'observation très vraie en elle-même, que l'on ne réussit presque jamais dans le traitement des maladies, soit chroniques, soit aiguës, en donnant, à de courts intervalles, de petites doses répétées du même remède, ou bien une ou plusieurs doses plus fortes.

La cause de ce non-succès doit se trouver sans doute dans la circonstance que la force vitale, dont la modification pathogénétique, au degré convenable par l'effet du médicament, peut seule amener la guérison, n'est pas stimulée, comme il le faudrait, à une réaction calme et paisible par des doses trop répétées ou trop fortes. Il résulte de ces dernières une excitation trop orageuse, et la réaction, au lieu d'être salutaire, devient nuisible.

Cette observation, fondée sur l'expérience, comme aussi la prudente maxime: *Si non juvat, modo non nocat!* imposait à l'homœopathiste consciencieux une sage réserve dans l'emploi des médicamens. Il ne devait donner au malade qu'une seule dose de la substance convenable, et cette dose devait être la plus petite possible.

Je dis la plus petite, car c'est pour nous une vérité d'expérience, établie maintenant d'une manière inébranlable, que la dose la plus convenable de chaque remède homœopathique dans les maladies, soit chroniques, soit aiguës, est toujours la plus petite possible, à la haute atténuation X (la 30 me) aujourd'hui généralement adoptée (1).

La pratique nous montre cependant que si, dans les cas peu graves de maladies chroniques, chez des enfans ou des personnes très délicates, une seule de ces petites doses suffit pour produire tout l'effet qu'on peut attendre d'une substance donnée, il n'en est pas de même dans la plupart des cas d'affections invétérées, et souvent compliquées par les suites funestes d'une fausse médication, comme aussi dans les maladies aiguës très graves. Une seule petite dose, même de la préparation développée à la puissance la plus élevée, ne suffit pas alors pour atteindre le but; il faut en employer plusieurs successivement, afin que la force vitale soit affectée pathogénétiquement avec assez d'intensité pour qu'il en résulte une réaction franche, et capable de vaincre toute la portion de la maladie qui rentre dans la sphère d'action du remède administré (1). Dans les cas indiqués, l'observation a prouvé qu'une dose unique de la substance vraiment homœopathique, n'opère qu'une amélioration de peu d'importance et de durée.

Le médecin homœopathiste prudent et consciencieux, se faisait jusqu'ici un scrupule de répéter à de courts intervalles les doses d'un même remède, parce que l'expérience lui avait appris qu'il en résultait souvent des inconvéniens. Il voyait, dans bien des cas, survenir des accidens plus ou moins fâcheux lorsqu'il redonnait, à un jour de distance, plusieurs doses, même les plus petites, du remède convenable. Pour arriver à produire un effet salutaire, sans s'écarter du principe de ne donner qu'une seule dose, l'homœopathiste eut bientôt tout naturellement l'idée de renforcer cette dose. Ainsi, au lieu de ne donner qu'un seul globule humecté avec l'atténuation la plus élevée, il en administrait 6, 7, 8 à la fois; il donnait même des demi-gouttes et des gouttes entières de l'atténuation liquide. Mais, presque sans exception, le résultat en était défavorable, quelquefois même funeste, et il devenait difficile d'y remédier chez le malade soumis à ce traitement.

On ne parvient pas mieux à résoudre le problème en donnant de fortes doses des atténuations moins élevées.

L'expérience démontre donc qu'en augmentant les doses isolées des médicamens homœopathiques jusqu'au degré nécessaire pour amener, par l'excitation pathogénétique, la force vitale à réagir efficacement, on n'atteint point encore le but désiré. La force vitale, attaquée trop vivement et trop brusquement, ne peut réagir d'une manière uniforme, graduelle et salutaire; elle se révolte contre l'action pathogénétique trop intense qui lui est imposée, et s'efforce de l'expulser, comme un ennemi, par les vomissemens, les sueurs, la fièvre, la diarrhée, etc. Le médecin irréfléchi voit ainsi s'éloigner de plus en plus le but de ses efforts. Par cette méthode, on ne fait que très peu de chose, ou rien, pour la guérison de la maladie; le patient, au contraire, en est visiblement affaibli, fatigué, et on ne peut songer de longtemps, à lui redonner la plus petite dose du même remède, si on ne veut pas qu'il en éprouve des effets défavorables.

Une succession trop rapide et trop répétée de très petites doses, produit à peu près les mêmes résultats. L'action pathogénétique s'accroît trop rapidement, et s'accumule outre mesure; la force vitale, n'ayant pas le temps de réagir entre chaque dose, se soumet passivement à l'action médicamenteuse prolongée dont on l'accable. De là des maladies artificielles, semblables à celles que produit l'abus des doses fortes et répétées d'un même remède dans la méthode allopathique.

Afin d'atteindre plus sûrement le but, et d'éviter les écueils qui viennent d'être signalés, j'ai adopté récemment une méthode particulière.

Le point principal à observer dans la répétition des petites doses, c'est de tenir un juste milieu entre l'excès de rap-

(1) Dans les cas les plus difficiles, et accompagnés d'un danger imminent, il est même préférable de faire seulement flairer au malade momentanément quelques globules humectés avec cette haute atténuation de la substance médicamenteuse.

(1) Par ce procédé, le traitement homœopathique peut, dans bien des cas, être réduit à la moitié de sa durée ordinaire.

prochement et d'éloignement des intervalles. Il faut que la répétition soit assez fréquente pour stimuler la force vitale d'une manière continue et graduelle jusqu'au point nécessaire à la réaction ; il faut, d'un autre côté, que les intervalles entre les doses soient tels, qu'il n'en puisse jamais résulter une accumulation d'influence pathogénétique, dont l'effet inévitable est d'amener une réaction tumultueuse et désordonnée qui ne conduit point à la guérison.

Pour arriver à suivre cette route intermédiaire, il faut avoir égard à la nature des divers médicamens, aussi bien qu'au tempérament du malade et au degré d'intensité de la maladie. C'est ainsi que j'ai trouvé, par exemple, que dans les maladies chroniques développées, et même chez des personnes robustes, il est rarement avantageux de répéter le *soufre* à des intervalles plus rapprochés que de 7 en 7 jours, et cela à la plus petite dose (*tinct. sulph.* $\frac{\cdot}{X}$). Si le malade est plus faible, plus facilement excitable, on fera bien de ne répéter une semblable dose que tous les 9, 12, 14 jours, en continuant ainsi jusqu'à ce que le patient commence à ressentir quelques symptômes inaccoutumés, quoique peu intenses. Il faut s'arrêter alors, et laisser le remède agir pendant 4 ou 6 semaines, comme l'indique l'*Organon*, et, en général, aussi longtemps que l'amélioration se soutient. On trouvera, en suivant cette méthode, et pour en rester à l'exemple du *soufre*, que, dans les maladies psoriques, il faut rarement moins de 4 doses, et souvent jusqu'à 6, 8 et 10 doses de *tinct. sulph.* $\frac{\cdot}{X}$, données aux intervalles indiqués, pour éteindre toute la portion de la maladie chronique que l'action du *soufre* peut guérir ; supposé toutefois qu'il n'y ait eu antérieurement aucun abus allopathique du soufre. « C'est ainsi qu'une gale primitive et récente, chez » un sujet qui n'est pas trop faible, peut être guérie radica- » lement, en 10 ou 12 semaines, par une dose de tinct. » sulph. $\frac{\cdot}{X}$, répétée de 7 en 7 jours, et cela alors même que » l'éruption psorique aurait recouvert le corps entier. » Rarement on aura besoin d'ajouter quelques doses de *carbo. veget.* $\frac{\cdot}{X}$, données avec les mêmes intervalles. On n'aura recours à aucune application extérieure, et les seules précautions à observer seront celles d'un régime sage et de la propreté du linge.

Si l'on juge nécessaire, pour le traitement de quelque grande maladie chronique, de donner jusqu'à 8, 9 ou 10 doses de *tinct. sulph.* $\frac{\cdot}{X}$, il vaudra mieux, au lieu de les donner dans une succession non interrompue, intercaler, après une série de 3 doses, quelque autre remède indiqué homœopathiquement, et ne le laisser agir que 8 ou 9 jours, avant de recommencer une nouvelle série de 3 doses de soufre. On choisira, comme remède intermédiaire, la substance que l'on jugera la plus propre à succéder au soufre, et que l'on pourra répéter plusieurs fois, dans des intervalles de 8 à 14 jours, quand la série des doses de *tinct. sulph.* sera terminée.

Il n'est pas rare que la force vitale se refuse à supporter paisiblement l'action répétée de petites doses de soufre, même aux intervalles indiqués, et quelque nécessaires qu'elles puissent être pour la guérison. On voit naître alors chez le malade un certain nombre de symptômes pathogénétiques propres au soufre. On remédie à cet inconvénient, en donnant une petite dose de *nux vomic.* $\frac{\cdot}{X}$, que l'on laisse agir pendant 8 ou 10 jours, et qui prédispose la force vitale à supporter avec calme, et d'une manière salutaire, l'action prolongée du soufre.

La circonstance la plus favorable pour l'emploi du soufre, quelque bien indiqué qu'il paraisse, c'est lorsque l'allopathie a abusé de cette substance en la donnant à fortes doses. La force vitale se montre alors tout-à-fait rebelle à l'action, même de la plus faible dose possible de soufre, et on voit la maladie chronique empirer au lieu de décroître. Cet effet a lieu même plusieurs années après l'emploi allopathique du soufre. C'est là une circonstance qui neutraliserait le traitement le mieux entendu d'une maladie chronique, et qui serait à jamais déplorable, si nous n'avions pas un moyen sûr et facile d'y porter remède.

Il faut, en pareil cas, faire flairer fortement, et une seule fois, au malade, quelques globules humectés avec l'atténuation de *mercur. métall.* $\frac{\cdot}{X}$, et laisser cette substance agir pendant environ 9 jours, pour disposer la force vitale à se soumettre de nouveau à l'influence salutaire du soufre. La découverte de ce procédé est due au docteur Griesselich, à Carlsruhe (1). Dans les cas les plus difficiles, où le soufre se trouve indiqué d'une manière pressante, mais où le malade est très faible et irritable, ou épuisé par un traitement mal entendu, il est à préférer, au lieu de donner les doses matérielles de soufre, quelque petites qu'elles soient, de faire flairer seulement au malade, de 4 en 4 jours, quelques globules humectés de *tinct. sulph.* $\frac{\cdot}{X}$. Le petit flacon qui les renferme est présenté à l'orifice de chaque narine, en ne faisant faire à la fois qu'une seule aspiration.

Quant aux autres, remèdes antipsoriques, à l'exception peut-être du *phosphore*, on devra en donner un moins grand nombre de doses aux intervalles indiqués, pour en obtenir dans chaque cas tout l'effet qu'on en peut attendre. La *sepia* doit être donnée à des intervalles beaucoup plus éloignés, et sans remèdes intermédiaires, quand elle est indiquée homœopathiquement.

Il va sans dire que pour entreprendre ainsi la répétition des doses d'une même substance, le médecin doit être convaincu du choix parfaitement homœopathique de cette substance.

Dans les maladies aiguës, le degré de fréquence de la répétition des doses, doit se régler sur le plus ou moins de rapidité dans la marche de la maladie. Les intervalles peuvent être, suivant les cas, de 24, 16, 12, 8, 4 heures, et quelquefois moindres. Dans la maladie la plus promptement fatale que nous connaissions, le choléra, il faut donner au début, toutes les 5 minutes, une ou deux gouttes de solution atténuée de camphre, pour obtenir une prompte rémission des symptômes. Quand le choléra est plus avancé, il faut répéter, toutes les 2 ou 3 heures, les doses de *cuprum*, de *veratrum*, de *phosphore*, d'*arsenic*, etc., etc. ($\frac{\cdot}{X}$), indiqués homœopathiquement, suivant les circonstances.

Il faut suivre la même règle dans le traitement des fièvres

---

(1) Le même auquel on doit plusieurs travaux importans sur la botanique.

nerveuses, et des autres fièvres continues, pour la répétition des doses.

Dans les maladies syphilitiques pures, j'ai trouvé ordinairement qu'il suffisait d'une seule dose de *merc. metall.* $\frac{\cdot}{X}$); mais lorsqu'il se trouve la moindre complication de la syphilis avec la psora, il faut donner quelquefois 2 ou 3 doses semblables, à des intervalles de 6 à 8 jours (1).

Dans des cas de complications très avancées de la syphilis et de la psora, avec des déperditions considérables de substance, chez des personnes robustes, on ne peut quelquefois obtenir la guérison que par un grand nombre de petites doses de *merc.*, répétées à de très courts intervalles. Il semble que, par ce procédé, la portion syphilitique de la maladie, attaquée brusquement, se sépare mieux de sa complication avec la psora. Ce traitement toutefois ne doit être employé que très rarement.

Les *fièvres intermittentes* épidémiques, répandues sur de vastes pays, très divers par la nature de leur sol, paraissent appartenir aux maladies chroniques, si l'on considère leur tendance à renouveler sans cesse leurs paroxismes, tandis que chaque accès en particulier présente un caractère aigu. Il y en a d'espèces très différentes, qui se modifient et se confondent de temps à autre, et qui exigent, pour leur guérison, des remèdes homœopathiques très variables. Il est à observer que le *quina* ne se trouve presque jamais indiqué comme remède homœopathique; son effet ordinaire est de supprimer seulement le type intermittent de la fièvre, et de la transformer en une cachexie lente. Ici le remède convenable doit toujours être donné à la plus petite dose ($\frac{\cdot}{X}$), immédiatement après l'accès, et doit être répété de même après chacun des 3 accès suivans. Mais si, comme cela arrive fréquemment, il a déjà été fait abus du *quina*, il devient indispensable de combattre d'abord le développement de la psora latente, ordinairement réveillée par ce traitement mal entendu, en donnant une ou plusieurs doses de soufre avant de passer à l'antipyrétique indiqué pour le cas spécial. On donne alors le remède à la plus petite dose ($\frac{\cdot}{X}$), de deux jours l'un régulièrement, comme si la fièvre intermittente avait repris son type. Si l'on observe chez le malade de fréquens malaises, des envies de vomir, de l'amertume à la bouche et du dégoût pour les alimens, on fera précéder l'antipyrétique par quelques doses d'*antimon. crud.* ($\frac{\cdot}{X}$), une tous les 3 jours, le matin; ou bien on en fera flairer quelques globules au malade, aux intervalles indiqués.

Cœthen, le 11 mai 1832.

S. HAHNEMANN.

X.

(1) Le docteur Paul Wolf, à Dresde, a le premier attiré l'attention sur ce point, dans un article fort bien fait et appuyé sur d'excellentes observations. Ce morceau, qui se trouve dans le 1er cahier du vol. XI des *Archives homœopathiques*, me fit, dans le temps, un vif plaisir, parce que je m'occupais depuis longtemps déjà de perfectionner cette partie de notre art. (A.)

ARNICA MONTANA,

SA PUISSANCE PATHOGÉNÉTIQUE

ET

QUELQUES APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES.

—

Arnica montana, Linn. spec. p. 1245. — Lam., Flor. franç., 2, p. 126. — D. C., Flor. franç., 4, p. 175.

Cette plante, dont une synonymie complète (1) paraîtrait déplacée dans un travail du genre du nôtre, remonte, par son introduction dans la matière médicale, aux premiers siècles de l'art; mais il est difficile, impossible même, de démontrer l'identité d'espèce et de la suivre jusque chez les anciens. Selon Matthiole, elle serait l'*alisma* de Dioscoride; selon d'autres, elle serait le *deronicum* des Latins: mais ce ne sont là que de pures conjectures.

Parmi les modernes, le premier qui en ait traité, de manière à fixer l'attention des praticiens, est un docteur Fehr, qui vivait au seizième siècle; il la qualifie, dans les *Ephem. natur. curios.*, an. IX et, X, de *panacea lapsorum*, et c'est de là que cette plante, connue alors en Allemagne sous la dénomination de *deronicum* ou d'*arnica Schrœderi*, est devenue d'un usage populaire contre les suites des coups, contusions, entorses, luxations, etc.

Le tableau des symptômes qu'elle produit sur l'homme sain nous montrera combien était homœopathique un tel usage, et nous fera connaître les autres nombreux cas de maladie où elle peut être appliquée.

Vertige, surtout le soir en soupant; propension à tomber; pesanteur de tête; angoisses et vertiges augmentés par le vomissement artificiel; l'individu paraît plongé dans de profondes méditations, quoique au vrai il ne pense à rien; manque de mémoire; trouble de l'esprit.

Chaleur à la tête ou dans le cerveau, ou douleur comprimante, avec le corps froid ou du moins sans chaleur.

Céphalalgie sus-orbitraire, avec sentiment de pression aux tempes, comme si les tégumens frontaux se contractaient spasmodiquement; point frontal ou temporal; un clou sem-

(1) Une synonymie complète serait prétentieuse, ridicule même, aux yeux de bien des lecteurs; mais une synonymie suffisante sera toujours nécessaire dans une science qui exige autant de précision et d'exactitude que la thérapeutique homœopathique. Avec cette précaution, un auteur estimable aurait évité de confondre le poivre, *piper*, avec le poivron (*capsicum annuum*), la camomille, *anthemis nobilis*, avec la matricaire (*matricaria chamomilla*).

ble planté d'une tempe à l'autre; douleurs lancinantes, points courts et passagers.

Chaleur sèche de la face, s'étendant jusque derrière les oreilles, tandis que le nez est froid; élancées et crampes à la région sus-orbitraire; pupilles d'abord contractées, puis dilatées.

Chaleur dans les yeux; les larmes sont comme brûlantes; l'œil droit semble plus saillant que l'autre; pression fort douloureuse à la partie externe de l'orbite gauche.

Chaleur et rougeur des joues; gonflement avec douleur lancinante; éruption varioloïde, surtout au-dessous des yeux; bourdonnement des oreilles; ouïe d'abord plus fine (10 heures après), puis émoussée (30 heures après.)

Gonflement du nez et ulcération pustuleuse, soit dedans, soit au-dessous; hémorrhagie et nez gonflé comme s'il avait été meurtri par un coup.

Lèvres sèches, gercées et comme brûlées par une soif ardente; elles sont tuméfiées, ulcérées aux angles, chaudes, brûlantes, tandis que le corps est presque froid; glandes sous-maxillaires et cervicales gonflées et douloureuses.

Douleurs des dents comme si on grattait la racine avec un couteau; elles s'ébranlent, semblent plus longues, et sont, de même que les gencives, douloureuses, surtout en mangeant.

Sentiment de soif et de sécheresse à la bouche avec frissons dans les extrémités; langue blanche; apétit normal; sécheresse de la gorge et douleur avec sentiment de chaleur interne; déglutition gênée par une sorte de nausée; les alimens sont comme s'ils refusaient de descendre; bouche mauvaise, surtout le matin; désir des acides; anorexie avec langue jaune et blanche.

Faim démesurée le soir, et, après le repas, sentiment de plénitude; coliques et points en divers endroits du ventre, surtout sur les flancs; tristesse, disposition à pleurer; rapports amers et d'odeur de foie de soufre; renvois d'eau salée et sécrétion de salive sanguinolente.

Vains et pénibles efforts pour vomir, avec pesanteur à l'estomac; douleur comme celle que donnerait la présence d'une pierre; crampe au cardia, borborygmes; flatuosités, gonflement, ballonnement; coliques venteuses, surtout dans la soirée, et quoique le souper ait été fort léger; enflure et dureté dans le côté droit du ventre; il est douloureux comme s'il eût été contus, meurtri ou déchiré intérieurement, et la douleur est augmentée par le toucher; elle diminue par des évacuations de vents.

Roulemens de vents, comme s'il y avait diarrhée, avec douleurs vives dans les fosses iliaques; assoupissement et nausées; points aigus qui traversent l'abdomen d'un flanc à l'autre, et douleur dans la région du foie.

Fréquentes envies d'aller du ventre, tenesme et douleurs aiguës dans le rectum, selles purement muqueuses, involontaires pendant le sommeil, souvent accompagnées d'une grande quantité de vents fétides.

Tenesme de la vessie; fausses envies d'uriner; les urines partent involontairement; douleur en urinant, ou avant, et après; urines copieuses, brunes, claires, mais se troublant promptement; elles coulent lentement, le matin, comme si le canal était trop étroit.

Prurit à l'orifice de l'urèthre et autour du gland; boutons avec démangeaison sur le prépuce; forte érection au réveil sans désirs ni pensées lubriques; violens désirs et fortes érections; plusieurs pollutions, la même nuit, dans des rêves lubriques; abattement le matin; flaccidité des testicules, quoiqu'il n'y ait point eu de pollutions nocturnes.

Haleine fétide; éternuement; catarrhe de poitrine; voix rauque et toux sèche; toux nocturne et pendant le sommeil; toux chez les enfans après le vagissement, crachement de sang; toux qui provoque le vomissement, qui semble briser les côtes, ou qui donne des points dans les flancs.

Petite toux avec chatouillement à la partie inférieure du larynx, même le matin; respiration gênée ou précipitée; douleur sternale ou sur des points divers de la poitrine; il semble, surtout dans le mouvement, que les diverses pièces osseuses de la poitrine aient été luxées ou tiraillées dans leurs articulations; une masse de sang semble amassée sur la poitrine, le matin, et se dissiper plus tard par le mouvement; gêne et oppression de poitrine.

Palpitations, ou plutôt convulsions du cœur; douleur comme s'il était comprimé; les mouvemens de cet organe sont d'abord précipités, puis ils se ralentissent subitement.

Douleur au sacrum, comme s'il était brisé, et le long de la colonne vertébrale, comme si elle ne pouvait soutenir le corps; point entre les épaules, pénétrant dans la poitrine en marchant; points de même nature aux aisselles; douleur, comme d'un coup violent sur les épaules et comme de rhumatisme au dos et sur les bras; ils font mal comme s'ils étaient fracturés ou fortement contus; lassitude et impossibilité de fléchir les doigts; les articulations semblent luxées, il y a des douleurs vives de même qu'au poignet. Les veines des mains sont gonflées, le pouls est plein; fièvre.

Crampes au doigts de la main gauche.

Douleurs de luxation dans les lombes; points aigus dans les extrémités inférieures, surtout dans les cuisses, en marchant, comme s'il y avait plaie; douleur dans les genoux, parfois avec faiblesse subite; ils sont sensibles au toucher comme s'ils étaient traversées par des aiguilles.

Douleur arthritique à un pied, avec une peu de fièvre, le soir; douleur lancinante comme d'une plaie ou de luxation aux jambes, sur le dos du pied, au talon et à la partie inférieure du pied; la marche est pénible.

Douleur comme de goutte, avec rougeur, le soir, à l'articulation du pied, et avec un engourdissement de luxation; points particuliers et douleur pulsative aux gros doigts des pieds.

Exaltation générale de la sensibilité; les articulations et la peau donnent des douleurs aux moindres mouvemens.

Abattement de tous les membres; ils font mal lorsqu'on veut les mouvoir, comme dans la paralysie par contusion; vibration douloureuse dans tous les membres, le corps étant dans la station, ou lorsqu'il est secoué comme dans une voiture.

Inquiétude, fourmillement et pression dans une partie blessée ou contuse; sensation comme si tout le corps était trop étroitement serré par des ligatures; palpitation convulsive des muscles arrivant subitement dans presque toutes les parties du corps, surtout aux extrémités.

Douleurs aiguës sur la presque totalité du corps, particulièrement sur les extrémités qui paraissent contuses après avoir marché ; sur la fin du jour, les pieds manquent et les genoux fléchissent ; lassitude, pesanteur, chute des forces ; à peine un membre peut-il être remué.

Bâillemens fréquens dans la soirée sans véritable sommeil ; somnolence ; le sommeil arrive plus tôt que de coutume ; il est tellement agité par des rêves, qu'il ne semble pas qu'il y en ait eu ; rêves effrayans de foudre, d'éclairs, de morts, de sépulture, etc. ; cris, terreurs, babil et réveil, souvent sans avoir conscience de ses rêves.

Veille par insomnie jusqu'au milieu de la nuit, avec démangeaison et élancées à la peau, quelquefois avec une angoisse semblable à celle que donne une trop forte chaleur.

Fréquent éveil par une pollution ou par une chaleur particulière à la tête, qui laisse de l'angoisse ou la crainte d'une apoplexie.

Au lit, le matin, froid qui dure toute l'avant-midi ; refroidissement intérieur qui dure jour et nuit sans procurer de tremblement ; froid, surtout le soir ; sentiment de froid qui saisit tout le corps, quoiqu'on se tienne bien au chaud.

Soif et chaleur sèche au lit ; impatience à supporter la chaleur ; besoin d'air libre ; soif sans chaleur externe et avec peu de dilatabilité des pupilles.

Fièvre matinale : froid, puis chaleur ; fièvre intermittente avec douleur des os, comme s'ils étaient trop serrés par leur périoste ; fièvre : frisson qui s'étend sur tout le corps et dans la tête, avec rougeur et chaleur à la face, et sentiment de meurtrissure sur les lombes et la partie antérieure du bras ; petits accès d'angoisse se répétant avec chaleur générale ; fréquentes sueurs nocturnes sur tout le corps, avec angoisse.

Fièvre : pandiculations, soif ardente avant le froid ; elle persiste pendant la chaleur, et on boit fréquemment.

Bouillonnement du sang ; le soir, on sent partout le battement des artères ; face brûlante et chaleur agréable sur le reste du corps ; grande chaleur interne, les pieds et les mains étant froids, et avec un frisson général.

Chaleur douce le matin au réveil.

Tristesse, anxiété, hypochondrie ; paresse et lenteur dans les affaires ; elles ennuient : inquiétude, irritabilité, grande sensibilité ; frayeur et crainte pour des bagatelles ; découragement, indifférence ; bizarrerie ; humeur acariâtre, disposition à pleurer ; caractère méticuleux, crainte des maux à venir, désespoir (1).

A la suite du tableau dont nous venons de présenter un extrait fidèle, Hahnemann place celui des phénomènes pathologiques produits par l'*arnica*, et observés avant lui par divers praticiens. Nous allons rapporter les plus saillans, ceux qui peuvent être une addition réelle aux précédens, et nous laisserons ceux qui n'en sont qu'une répétition ou une confirmation.

(1) Extrait de la *Matière médicale pure*, de S. Hahnemann ; traduct. latine des docteurs Stapf, Gross et George de Brunnow.

Vomissement de sang coagulé (De La Marche, *Dissertatio de arnicâ verâ*).

Excrémens sanguinolens et purulens (Pelargus).

Hœmorrhoïdes borgnes (Collin, *Observ. circa morb.*)

Crachement de sang (Thessink).

Sueur rouge de la poitrine (Vicat, *Mat. méd.*).

Secousses comme d'électricité (Collin).

Coups dans le corps comme d'électricité (Crichton).

Tel est l'ensemble des maux que peut produire l'arnica ; ensemble effrayant pour le vulgaire, mais bien satisfaisant pour le médecin homœopathe qui saura utiliser sa force active et qui trouvera en elle un moyen d'attaquer et de détruire tout autant de phénomènes pathologiques survenus spontanément. Ne suffit-il pas, cet ensemble, pour justifier la qualification de polychreste (1) qui lui a été donnée par Hahnemann ? Examinons.

Le nosologiste pourra-t-il méconnaître des symptômes qui constituent certaines affections fluxionnaires de la face, avec gonflement des glandes sous-maxillaires et cervicales ; une odontalgie particulière ; l'état que présentent à leur invasion certains accès fébriles, par lesquels débutent bien des maladies jusqu'ici regardées comme fort graves ? *Sentiment de soif et de sécheresse à la bouche, avec froid dans les extrémités.*

Pourrait-il présenter un tableau plus exact de bien des affections dites gastralgiques, gastro-entéralgiques, bilieuses, gastriques, que celui qu'offrent les effets pathogénétiques de *l'arnica* sur les voies digestives ? Décrirait-il mieux les hémorrhagies de l'estomac (*hœmatemesis, melœna*), les diarrhées muqueuses, les coliques venteuses ?

Les voies urinaires ne sont pas moins bien partagées ; l'action de notre médicament se fait sentir sur elles non moins fortement que sur le tube intestinal, et bon nombre de leurs affections trouveront en lui un puissant antidote à l'action de l'agent pathogénétique qui les aura produites.

Si nous arrivons à la poitrine, nous voyons la description exacte de plusieurs de ces affections dites fausses pleurésies, des toux nocturnes, de ces petites toux sèches avec chatouillement à la partie inférieure du larynx, qui persistent le matin après le réveil ; des crachemens de sang, des palpitations et convulsions du cœur, et des douleurs à la région qu'occupe cet organe qu'on a souvent dites *angine de poitrine*.

En suivant le tronc et les extrémités, nous trouvons de nombreuses variétés de ces indéfinissables douleurs qui ont été appelées lombago, rhumatisme, goutte, rhumatisme goutteux, etc., qui se font sentir sur les parties musculaires, comme sur les articulations.

Mais, ce qui est surtout à noter et ce qui justifie la qualification de *panacea lapsorum*, c'est le tracé fidèle qu'on retrouve dans l'ensemble du tableau des affections accidentelles résultant de coups, contusions, fractures, luxations et entorses ; c'est cet état particulier de froid général, fris-

(1) Hahnemann a nommé polychrestes un certain nombre de médicamens dont les effets sont nombreux et variés, tels que la *belladona*, la *nux vomica*, la *pulsatilla*, etc.

son, tremblement même, qui suit immédiatement l'action des violences extérieures exercées sur l'homme sain; ce froid du corps et dans la tête, avec chaleur de la face, qu'on voit fréquemment après une opération douloureuse; en un mot, cet état particulier à la suite duquel arrive, par réaction de l'organisme, la fièvre traumatique, fièvre dont l'intensité est toujours en raison directe de l'intensité et de la gravité de ce même état.

C'est cette précieuse faculté de notre polychreste, que nous allons chercher à mettre en plus grande évidence, en montrant, par des observations, les avantages immenses que peut tirer le chirurgien homœopathe pour prévenir les fièvres traumatiques et réduire à leur plus grande simplicité toutes les lésions extérieures auxquelles est exposée notre frêle économie.

PREMIÈRE OBSERVATION.

En juin dernier, je fus appelé à donner des soins au jeune M., enfant de 10 ans, dont le bras gauche venait de passer dans toute sa longueur dans l'engrenage d'une usine, dont un autre enfant avait mis la roue principale en mouvement par le poids de son corps.

Le jeune malade se présente à moi dans l'état suivant demi-heure environ après son accident : froid général, frissons et presque tremblement des extrémités, forts malaises généraux, angoisses précordiales, astriction et fort sentiment de pression sur les fausses côtes aux insertions du diaphragme, oppression de poitrine, respiration gênée et par saccades, chaleur à la face avec sentiment de froid dans la tête; le bras, depuis le poignet jusqu'à l'épaule, était contus au plus haut degré, sans fractures ni luxations; le coude était dénudé d'épidermie dans toute sa face externe.

Le bras fut pansé avec des compresses trempées dans un liquide composé comme suit : alcool 4 onces; teinture d'arnica (racine), 10 gouttes, exactement mêlées à l'alcool, par plusieurs secousses; eau commune 8 onces; les compresses furent contenues par une simple bande, et le malade, mis au lit. Demi-heure après, il avala *arnica* $\frac{\cdots}{V}$, et le bras fut arrosé deux fois, dans la soirée et la nuit, avec ce qui était resté de la liqueur préparée.

Le malade fut assez bien pendant les sept premières heures de son accident, puis, la nuit étant venue, et même étant déjà avancée, il fut souffrant jusqu'après le lever du soleil; le lendemain, il dormit de nouveau, et après quelques heures de calme et de bon repos, il se réveilla avec le bras lourd, gonflé, mais sans douleur et sans fièvre. Il se leva à deux heures après midi (vingt-quatre heures environ après l'accident), ne souffrant que quand il voulait mouvoir les parties malades, et il fut s'amuser avec ses camarades, en tenant son bras suspendu à son cou. Le gonflement augmenta encore, de larges et nombreuses ecchymoses parurent sur tout le membre, et, sans autres moyens qu'un régime doux et peu substantiel pendant quelques jours, tout se dissipa sans aucune fièvre.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Le 10 juillet 1832, G. D., homme vigoureux et bien constitué, âgé de 44 ans, tomba du haut d'une échelle appuyée contre un cerisier; il se foula le poignet (il y avait demi-luxation), et l'échelle, qui le suivit dans sa chute, lui cassa le radius du même bras, à trois pouces environ au-dessus de l'articulation.

Une heure environ après l'accident, toutes les parties furent remises en place, et contenues avec un appareil convenable, humecté de la liqueur qui a été indiquée dans l'observation précédente, et l'arnica fut donnée intérieurement $\frac{\cdots\cdots}{IV}$. Il était 5 heures du soir, le malade se mit au lit, où il s'endormit presque immédiatement, puis quelques heures après, il fut réveillé par des douleurs assez vives qui le fatiguèrent, surtout le lendemain de grand matin. Il dormit derechef, puis il se leva, et il fut, avec son bras suspendu, utiliser l'autre à arracher des mauvaises herbes dans son jardin. L'enflure devint considérable, et le troisième jour, l'appareil se trouva trop serré, ce qui donnait de la douleur; mais il ne s'était développé aucune fièvre. Tout fut remis en état convenable sans nouvelles applications, ni remède intérieur, et le malade put être débarrassé de tout appareil, le trente-septième jour de son accident, sans en avoir passé un seul au lit.

TROISIÈME OBSERVATION (1).

Un homme déjà avancé en âge s'étant cassé deux côtes en tombant, les extrémités des os fracturés pénétrèrent dans la poitrine, blessèrent le poumon, et occasionèrent un énorme emphysème. Les os furent remis en place au moyen d'un appareil convenable, et je fis prendre au malade *arnica*, une goutte de la sixième dilution.

L'emphysème disparut dans quelques jours; les os se consolidèrent rapidement, et de la manière la plus complète, sans qu'il se manifestât la plus petite apparence de fièvre : quatre semaines après son accident le malade put reprendre ses travaux de campagne.

QUATRIÈME OBSERVATION.

Un jeune homme s'étant cassé une jambe, la réduction fut faite et les parties contenues par un appareil convenable; puis je lui administrai, comme au précédent malade, une goutte d'arnica II.

Le membre se gonfla et une forte ecchymose se manifesta sur le tibia, à l'endroit de la fracture. On humecta à diverses reprises, les linges de l'appareil avec un liquide composé de demi-livre d'eau distillée, autant d'alcool, et vingt-quatre gouttes d'arnica exactement mélangées.

Il ne se manifesta point de fièvre; le gonflement et l'ecchymose disparurent dans l'espace de 10 à 12 jour, et la guérison fut prompte, quoique le malade ne se soignât pas convenablement. Une seconde dose d'*arnica*, semblable à la première, fut donnée le douzième jour après cet accident.

---

(1) Les observations suivantes sont extraites des *Annales de clinique homœopathique*, t. II. p. 400, et appartiennent au docteur Tietze.

CINQUIÈME OBSERVATION.

Un homme fort âgé s'étant fait à la partie postérieure de la jambe, avec le soc d'une charrue, une plaie de trois pouces de large avec section presque totale du tendon d'Achille; je lui administrai une goutte d'*arnica* II, et huit jours après, trois globules saccharins d'*arnica* $\frac{\cdots}{II}$. Je fis panser la plaie avec l'alcool aqueux, préparé comme pour le cas précédent, et cette plaie par déchirement fut guérie en 15 jours: sans apparence de fièvre ni d'inflammation.

SIXIÈME OBSERVATION.

Un homme âgé se cassa une cuisse; j'en fis la réduction et appliquai un appareil; puis je lui fis prendre *arnica* $\frac{\cdots}{II}$, et huit jours après, encore *arnica* $\frac{\cdot\cdot}{II}$. Il n'y eut ni fièvre, ni douleur, ni symptôme anormal.

SEPTIÈME OBSERVATION.

Un valet d'écurie, adonné à la boisson, tomba sous les roues d'un char, qui lui emporta la peau et les muscles de la moitié du front, et lui fendit la paupière supérieure; l'os jugal était fortement contus; une fente profonde se voyait à la racine du nez.

Il reçut *arnica* II intérieurement, et les pansemens furent faits avec l'alcool aqueux et la teinture d'*arnica*; il fut totalement guéri dans trois semaines, sans fièvre ni inflammation.

HUITIÈME OBSERVATION.

Le docteur Tietze s'exprime encore ainsi: Je traite actuellement, depuis trois semaines, une femme de 72 ans, qui s'est cassé un bras près de l'articulation scapulaire; le pouls n'a jamais indiqué de fièvre, ni d'état inflammatoire; les os commencent à adhérer, et la malade, naturellement faible et émaciée, est aussi bien que son état le permet.

Elle a pris l'*arnica* tous les huit jours, et il a été fait des applications avec l'alcool aqueux et la teinture d'*arnica* pendant les huit premiers.

Il est à regretter que le docteur Tietze, en nous donnant ses observations, se soit restreint dans un laconisme qui peut donner lieu à des objections ou observations; mais pour l'homme impartial qui voudra examiner les faits avec bonne foi, pour celui qui ne voudra que la vérité, et qui aura à cœur de ne pas laisser passer inaperçue une assertion dont les conséquences sont si précieuse pour l'humanité, ne sont-elles pas suffisantes?

Le chirurgien sage qui aura le désir de rendre fructueuse une belle opération en prévenant la fièvre et les maux qu'elle entraîne, pourra-t-il ne pas s'estimer heureux de trouver de tels antécédens, des données aussi précieuses?

La puissance spéciale, particulière jusqu'ici à l'*arnica* d'être homœopathique aux effets des violences extérieures, suffirait seule pour rendre ce médicament un des plus précieux (1); mais, comme nous l'avons vu, elle n'est qu'une partie de sa puissance générale, et, autant qu'aucun autre, il justifie la qualification de polychreste.

Après avoir fait ressortir le cas de maladie dans lesquels le praticien peut user utilement de l'*arnica*, il nous reste à lui montrer où elle peut nuire.

La faculté qu'elle a de produire du froid, des frissons et tremblemens, des horripilations, et cette astriction particulière à la peau qu'on nomme chair de poule, rend ce médicament nuisible lorsque l'état opposé se présente, lorsqu'il y a inflammation et chaleur forte à la peau. D'où il résulte que s'il est précieux pour prévenir l'état inflammatoire, il ne doit plus être administré lorsque celui-ci est développé.

Son action, même à des doses passablemennt fortes, ne dure pas au-delà de six à sept jours, et malgré cela il est souvent un intermédiaire utile à placer entre deux antipsoriques dans les maladies chroniques.

On emploie de préférence la teinture de la racine, et on la porte à la neuvième ou douzième dilution, IIIe ou IVe puissance (2).

P. D.

TABLEAU COMPARATIF

DES

SYMPTOMES ODONTALGIQUES DES SUBSTANCES APSORIQUES.

Le tableau suivant est sur le plan du *Répertoire des médicamens antipsoriques*, du docteur de Bönningshausen, dont l'ordonnance nous a paru excellente pour faciliter aux praticiens la recherche des symptômes. Il est borné spécialement aux affections des dents, et il nous a paru devoir être de quelque utilité pour les praticiens qui désireraient faire des expériences sur l'homœopathie, soit parce que les douleurs odontalgiques se présentent très fréquemment, soit parce que leur nature permet d'expérimenter sans inconvénient pour le malade, ce qui n'est pas toujours le cas dans les autres affections. Les symptômes sont classés sous quatre chefs principaux: 1° suivant la nature de la douleur ou de l'affection; 2° suivant les causes d'exacerbation et de rémission; 3° suivant les symptômes concomitans; 4° enfin, suivant le moment de leur apparition. — Les substances indiquées en lettres italiques produisent tel ou tel symptôme d'une manière plus marquée, plus caractéristique.

Il ne faut pas croire toutefois que ce tableau puisse rem-

---

(1) Le *conium maculatum* est quelquefois homœopathique aux effets des violences extérieures sur certains organes glanduleux, les testicules, les seins.

(2) Hahnemann prescrit maintenant de ne se servir que de la dose d'*arnica* X.

placer entièrement la matière médicale pour le choix d'un remède. Il ne doit être considéré que comme un indicateur, un répertoire, et le praticien consciencieux devra toujours, après y avoir puisé ses indications pour un cas spécial, prendre en main la matière pour achever son examen jusque dans les nuances les plus délicates.

Il est difficile qu'un résumé de ce genre soit entièrement exempt d'inexactitudes. Ce n'est qu'à la longue, et en consultant tous les résultats de l'expérience, que l'on pourra donner à cette espèce de répertoire toute la perfection désirable. Tel qu'il est, et comme un premier essai, nous espérons qu'il sera bien venu de nos lecteurs. X.

TABLEAU COMPARATIF DES SYMPTOMES ODONTALGIQUES DES SUBSTANCES APSORIQUES.

—

§ I. *D'après la nature des sensations.*

ALONGEMENT DES DENTS. Anic. (sans douleur); bryon.; camphor. (avec douleur); canthar.; capsic.; chamom.; clemat. (avec douleur); coccul.; laurocer.; magnes. (aimant); ratan.; rheum; rhus; sabin.; staphys.; verat.

— *Dents cariées*. Coccul.; rheum; rhus.

— *Molaires*. Helleb. (infér.); laurocer. (infér.); ratan.; spongia (infér. droite).

— *Incisives*. (Bellad.); coccul.; ratan. (supér. gauche.)

BATTEMENS; PULSATIONS. August; arnic.; camphor.; china; datura; magn. arct; paris; platin.; ratan.; sobadil.; spigel.

— *Dents cariées*. August; magn. arct; ol. anim.

— *Molaires*. Platina.

— *Incisives*. Camphor.; ratan. (sup. g.).

— *Canines*. Camphor.

BOURDONNEMENT (brummen, sumsen). Hyosc.; menyanth. (supér.).

— *Incisives*. Teucrium.

CARIE DES DENTS. Plumb.; sabad.; staphys.

COULEUR NOIRE DES DENTS. Mercur.; plumb.; staphys.

DOULEUR.

ABCÈS (comme d'un) (Geschwürigkeitsschmerz). Bellad.; euphorb.; nickel (mol. inf. g.).

ECORCHURE (comme d'une) (Wundheitsschmerz). Bellad.; bryon.; cina: colchic.; ignat. (mol.); magnes (incisive inf.); nux; rhus.

BRULANTE. Spongia (mol. sup. g.).

CUISANTE (beissen). Coccul. (mol. sup. et inf.); rhodod. (incisive).

FOUILLANTE (wühlen, graben). Ambra; castoreum (comme un ver); china; ignat.; ledum (infér.); nux; platin.; pulsat.; ratan.; rheum; rhus; ruta; seneg.

— *Dents cariées*. Platin.; rheum.

— *Molaires*. Ambra (inf.); castor. (sup. dr.); china (sup.); gratiol.; laurocer. (inf.); ratan. (inf.); senega (supér. gauche.)

— *Incisives*. Ignat.; platin.

LACÉRANTE (reissen). Arnic.; bellad.; bryon.; canthar.; castor.; chamom.; china; colchic. (inf. g.); cyclam.; gratiol.; helleb.; hyosc.; indigo; ipecac.; laurocer.; merc.; nickel; nicotian; nux; oleand.; ol.; anim.; phelland.; plumb.; pulsat.; *ratan.*; rhodod.; sabin.; sambuc.; spigel.; staphys.; teucrium; verbascum; viola odor.

— *Dents cariées*. Bellad.; castor.; canthar.; nux; ol. anim.

— *Molaires*. Arnica (sup.); castor. (sup. dr.); chamom.; (mâch.); china (sup.); colchic. (sup. et inf.); cyclam.; gratiol.; helleb.; laurocer. (inf. dr.); nicot. (inf. dr.); nickel (inf. dr. et g.); nux (mâch. inf. et sup.); oleand.; phelland.; ratan. (inf. et sup. dr.); rhodod. (inf. et sup. dr.); sambuc. (mâch. inf. et sup.); verbasc. (dr. et g.).

— *Incisives*. Indigo (inf.); teucr. (inf. dr.).

— *Canines*. Castor, (sup. dr.); indigo (inf. dr. et g.). laurocer. (sup.).

PALPITANTE OU VIBRANTE (zucken). Bellad.; bryon.; castor.; clemat.; hyosc.; laurocer. (inf.); merc.; *nux*; plumb.; pulsat.; ratan.; rhus; sabin.; spigel.; thuja.

— *Dents cariées*. Hyosc.; rhus; sabin.; thuja.

— *Molaires*. Bryon. (sup. et inf.); castor. (inf. dr.); plumb. (inf.); pulsat.; ratan.

— *Canines*. Rhus.

PERÇANTE (bohren). Castor. (dr.); gratiol.; laurocer.; nickel; nux.

— *Molaires*. Gratiol.; laurocer. (inf.); nickel (inf.

— *Canines*. Castor. (sup. dr.).

PIQUANTE. Acon.; ambra; bellad.; bryon.; canthar.; china; clemat.; cofea; cyclam.; drosera; euphorb.; euphras.; gratiol.; helleb.; indigo (sup. g.); ledum; merc.; nicotian.; nux; ol. anim.; phelland.; pulsat.; rhodod.; rhus; sabad.; sambuc.; squilla; staphys.; thuja; valer.

— *Dents cariées*. Ambra; bellad.; cyclam.; nicot.

— *Molaires*. China (sup. dr.); clemat. (sup. g.); euphorb. (sup. et inf. g.); gratiol. (sup.); helleb. (sup. et inf. dr.); ol. anim. (sup.); phelland.; rhodod. (g.); sabad. (inf. dr. et g.); staphys. (inf. dr.).

— *Incisives*. China; nux (sup.); rhodod.; spong. (sup.).

— *Canines*. Rhus; squilla (sup.).

PRESSION (comme de). Acon.; ambra; bismuth.; china; colchic.; euphorb.; guaiac.; (ledum); magnes.; rhodod.; rhus; staphys.; verat.

— *Molaire*. Acon. (sup. g.); ambra (inf.); bismuth.; china (sup. et inf. dr.); colchic. (inf. g.); euphorb. (sup. g.); rhodod. (sup.); rhus (inf.); verat. (sup.).

— *Incisives*. (Ledum) (sup. et inf. g.); magn. arte. (sup. dr.); staphys.; taraxac.

RONGEANTE (nagen, fressen). Castor (mol. inf. dr.); canthar.; indigo (mol. sup. dr. et g.); laurocer. (inf. dr.); nickel (mol. inf. dr.); thuja (dent cariée).

SOURDE. Chelidon. (mol. inf. g.); clemat.; hyosc. (mol. sup.); platina (mol. inf. g.).

TIRAILLANTE (ziehen). Ambra; august.; bellad.; bryon.; caladium; canthar.; capsic.; chamom.; china; clemat.; cofea; colch.; hepar.; hyosc.; magn. arct. et austral.; mercur.; nicotian.; nux; oleand.; ol. anim.; ol. terebinth.; paris; platina; pulsat.; rhodod.; sabad.; sabina; spigel.; staphys.; teucrium; thuja; valerian.

— *Dents cariées*. Hepar.; magn. act.; paris; platin.; sabin.; spigel.; staphys.

— *Molaires*. Ambra; angust. (sup.); bellad. (sup. dr.); bryon. (sup.); calad. (g.); china (sup.); (cofea, sup. g.); oleand.; platin.; plumb. (inf.); rhodod. (inf. dr.); teucr. (g. et dr.).

— *Incisives*. Angust. (sup.); china; colchic.; magn. arct.; mercur.

TRANCHANTE. (schneiden) bellad.; camphor. (incis. et canin.); rhus.

ÉBRANLEMENT DES DENTS. Arnic. (sans douleur); bryon.; camphor. (avec douleur); chamom. (sans douleur); chelidon.; china; coccul.; (drosera); hepar.; hyosc.; ignat.; magn. arct.; mercur.; nux; *oleand.* (sensation); plumb.; pulsat.; rheum; rhus; staphys.; verat.

— *Dents cariées*. Coccul.; hepar.; rheum; rhus.

— *Molaires*. Chelid. (inf. g.); rhus.

— *Incisives*. Ignat. (avec douleur sourde); *rhus*.

FOURMILLEMENT (kriebeln). Chamom. (sup.); castor. (inf. g.); indigo (incis. inf. dr.); rhus.

FROID (sensation de). Asar. (incis. sup.); droser. (incis.); gratiol. (mol. et incis.); ol. anim.; ratan (mol.); rheum (mol. g.; incis.); spigel (sup.).

GRINCEMENT DE DENTS. Bellad.; cicuta; datura; mercur.; veratr.

PESANTEUR (sensation de). Coccul (incis.); sabina (dent cariée); veratr. (mol. sup. g.).

PRURIT. Clemat.; indigo (incis. inf.); paris; phelland.; spong. (sup. et inf.); staphys. (mol. inf. dr.).

PUANTEUR DES DENTS. Plumb. (cariées).

SAIGNEMENT. Ambra; bellad. (dents cariées); tarax.

SENSATIONS DIVERSES.

Comme si on *arrachait* la dent. Bryon.; cyclam.; euphorb.; ipecac.; magn. arct.; nickel.

Comme si on *brisait* la dent. Ignat. (mol.); sabina.

Comme de dents *émoussées*. Capsic.; mercur.; spong.; staphys.; taraxac.

Comme si on *enfonçait* les dents dans leurs alvéoles. Rhus.

Comme d'un corps *étranger* entre les dents. Ranuncul. (mol. inf. dr.); spongia.

Comme si la dent était très-grosse. Nickel.

Comme si on *râclait* les racines de la dent avec un couteau. Arnica.

SENSIBILITÉ DES DENTS. Colchic. (digit. incis.); oleand. (mol.); senega (incis. inf.).

SERREMENT (sensation de). (Klamm.) magn. arct. (mol. inf. dr.); platin.; spigel. (mol. sup.).

§ II. *D'après les circonstances.*

a) Exacerbation.

AIR (froid) DANS LA BOUCHE. *Bellad.*; bryon.; cina; hyosc.; magn.; magn. arct.; mercur.; *nux*; phelland.; pulsat.; sabin; seneg.; spigel; staphys.

AIR FROID SUR LA JOUE. China; pulsat.

AIR LIBRE (à l'). Ambra; bellad.; castor.; chamom.; *nux*; sabina (en marchant); *staphys* (en marchant même la bouche fermée).

APPLICATION FROIDE SUR LA JOUE. Pulsat.

ASSIS (en étant). Magn. arct.

BAISSANT (en se). Magn.

BOISSON CHAUDE. Bryon.; *chamom.*; droser. (après); magn. arct. et aust.; mercur.; nux; pulsat.; rhus.

BOISSON FROIDE. Bryon.; castor.; chamom.; cina; magn.; mercur.; nux; paris; pulsat.; rhus; *spigel.*; *staphys.*

BUVANT (en). *Chamom.*; sabin.; scilla.

BU (après avoir). *Chamom.*

CAFÉ. Chamom.

CARIE DES DENTS (par la). Ambra; hepar.; magn.; magn.; nux; rhus; sabin.; spigel.; *staphys.*

CHALEUR EN GÉNÉRAL. Ambra; paris; pulsat.

— de la chambre. Hepar.; nux; rhodod.

— du lit. Pulsat.; sabin.

CHALEUR ET FROID INDIFFÉREMMENT. Helleb.; scilla.

CONTACT DES ALIMENS. *Bellad.*

— des miettes dans la dent. Castor.; celemat.; *nux*; *staphys.*

CONTACT DE LA LANGUE. Castor.; ignat.; nux; phelland; rhus.

COUCHÉ (en étant). *Clemat.*; magn. arct.

— du côté non douloureux. *Bryon.*

— sur le côté droit. Spigel.

FROID EN GÉNÉRAL. Castor.; paris; plumb.

LECTURE (pendant la). Ignat.

LAVANT (en se) DU LIT. Platin.

LIT (au). Ambra.; bryon.; clemat.

MACHOIRE (en ouvrant la). Chamom.

MANGER (pendant le). Arnic.; *bryon.*; canthar.; castor.; coccul.; euphorb.; hepar.; laurocer.; magn. arct.; mercur.; phelland.; pulsat.; ratan.; sabin.; scilla; *staphys.*; thuja.

— (après le). Ambra; *bellad.*; *bryon.*; *chamom.*; ignat.; magn. arct.; mercur.; *nux*; ol. anim.; sabin.; *spigel*; staphys.

MARCHANT (en). Sabad.; sabin.; staphys.

MASTICATION. *Bryon.*; *china*; colchic.; euphorb.; hyosc.; ipecac.; magn.; nux; pulsat.; rhus; sabin.; spong.; *staphys.*; taraxac.; teucrium; veratr.

MENSTRUATION. Laurocer. (pendant).

MOUVEMENT. Sabad.; staphys.; bryon.

ORAGE (avant). *Rhodod.*

PRESSION SUR LA DENT. (Arnic.); chelidon.; clemat.; euphorb.; nickel; nux; rhodod.; *staphys.*

— DES DENTS SUP. ET INFÉR. Castor.; cofea; colchic.; guaiac; helleb.; hepar.; nicot.; nickel; *staphys.*

Repos. Bryon. ; clemat.
Réveil (au). Nux.
Tabac (fumé). Bryon. ; china ; clemat. ; sabin. ; spigel.
Thé. Thuja.
Travail d'esprit. Bellad. ; nux (voy. *Lecture*).
Toucher (voy. *Contact, Pression*). China ; pulsat.

b) Rémission des Symptômes.

Air (froid) dans la bouche. Clemat. ; nux.
— Sur la joue. Pulsat.
Air libre. Bryon. (en marchant) ; hepar. ; magn. arct. (en marchant).
Application chaude sur la joue. Nux.
— froide sur la joue. Angust. (du doigt. palliat.) ; rhus.
Assis (en étant) sur le lit. Merc. ; rhus.
Boisson chaude. *Castor.*
— froide. Bryon. (palliat.) ; clemat. (dent cariée palliat.) ; lauroceras.
Camphre. Castor.
Couché (en étant). Bryon. ; indigo ; spigel.
— du côté douloureux. Bryon.
Froid en général. Ambra (palliat.) ;
Levant (en se) du lit. *Oleand.* ; sabina.
Lit (le soir en se mettant au). Mercur. ; nickel.
Manger (pendant le). Chamom. ; bellad. ; magn. arct. ; rhodod.
— (après le). Ambra.
Marchant (en). Bryon. (à l'air libre) ; magn. arct. ; paris.
Mastication. Bryon.
Mouvement. (voyez *Marche*).
Pression sur la dent. China (palliat.) ; indigo (id.) ; laurocer.
— sur la joue. Clemat (palliat. avec un linge) ; nicotian. ; ol. anim.
— des dents sup. et inf. China ; (cofea) ; euphorb. ; indigo (palliat.).
Repos (voyez *Couché*). Bryon. ; spigel.
Sommeil (pendant le). Merc. ; nux.
Tabac fumé. Spigelia (?) ; mercur.
Toucher (voyez *Contact, Pression*).
Vinaigre. Pulsat.

§ III. *D'après les symptômes accompagnans.*

Agitation (au lit). Clemat.
Amygdales (inflamm. des). Veratr.
Chaleur. Rhus.
— a la tête. Rhus.
— au visage. Staphys.
— aux joues. Chamom. ; magn. arct. ; oleand.
Clavicule. Rhus.
Cou. Bryon (muscles du) ; nux (taches rouges extér.).
Enchifrènement. China.
Enduit muqueux des dents. Arnic. ; plumb.
Fluxion (de la joue). Bellad. ; canthar. (avec inflamm.) ; magn. arct. (avec roug. et chal.) ; staphys.
Faiblesse. Clemat. (des membres) ; veratr.
Frisson. Euphorb.
Front. Rhus (sueur).
Gencives (enflure des). Ambra ; *chamom.* ; magn. arct. ; mercur., nux, pulsat. ; staphys.
— (sensation de crampe aux). *Staphys.*
Glandes du cou. Nux.
— sous-maxillaires. Camphor. ; sadabil.
Gout (à la bouche). Rhus ; spigel.
Insomnie. *Bellad* ; nickel ; ratan.
Joues. Bryon. ; *chamom.* (roug. et chal.) ; magn. arct. (id.) ; nux (taches rouges) ; oleand. (chal.) ; rhus ; sambuc ; taraxac.
Jugal (os). Indigo.
Machoires. Canthar. (inf.) ; chamom. (muscles des) ; laurocer. (angle. inf. g.) ; magn. (muscles) ; spigel. ; staphys. (muscles).
Oreilles. Bellad. ; bryon. ; chamom. ; clemat. ; mercur. ; nux ; ol. anim ; ratan. ; rhodop. ; sabad.
Penser (impossibilité de). Clemat.
Salivation. Chamom. ; clemat. (aqueuse).
Soif. Chamom.
Sourcils. Laurocer. ; taraxac.
Sueur. Clemat. ; hyosc.
— au front. Rhus.
— a la tête. *Chamom.*
Syncope. China.
Tempes. Clemat. ; hyosc. ; magn. ; magn. arct. ; nux.
Tête. Clemat. (au sommet) ; euphorb. ; gratiol. ; mercur. ; nux ; rhodod. ; staphys. ; veratr.
— (sang porté à la). Hyosc.
Urines (fréquentes). Oleand.
Visage. Castor. ; ledum ; staphys. (muscles) ; veratr. (enflure et rougeur après l'odontalgie).
Vomissement (envie de). Oleand.
Yeux. Chamom. ; china ; clemat. ; magn. arct. ; magn. austr. ; nux ; sambuc.

§ IV. *D'après le moment du jour ou de la nuit.*

Matin. Antim. ; bryon. ; china ; drosera ; hyosc. ; ignatia ; mercur. ; *nux* ; platin. ; plumb. (ranunc.) ; ratan. ; thuja.
Avant midi. Paris.
Après midi. Canthar. ; castor. ; indigo ; magn. arct. ; paris ; (pulsat.) ; spigel.
Soir. Ambra ; angust. (au lit) ; bellad. ; bryon. ; canthar. (au lit) ; castor. ; helleb. ; hepar. ; ignat. ; indigo ; mercur. ; nickel ; nux ; pulsat. ; ratan. ; rhodod. ; rhus ; sabina.
Nuit. Ambra ; *bellad.* ; bryon. ; castor. ; *chamom.* ; clemat. ; gratiol. ; mercur. ; nickel ; oleand. ; paris ; *rhus* ; sabin. ; spigel. ; *staphys.*
Avant minuit. China ; thuja.
Après minuit. Bellad., bryon. ; chamom. ; mercur. (surtout vers le matin) ; pulsat. ; staphys.
Tout le jour. Ambra ; mercur. ; nickel.

X.

—

MATIÈRE MÉDICALE PURE.

—

SYMPTOMATOLOGIE DES SUBSTANCES NOUVELLES.

Les deux derniers cahiers des *Annales de la clinique homœopathique*, des docteurs Trinks et Hartlaub, contiennent une riche moisson d'observations nouvelles. Nous y trouvons les symptômes de plusieurs substances qui n'avaient point encore été éprouvées, et dont quelques-unes paraissent devoir acquérir une haute importance comme médicamens. En voici l'énumération :

Borax, 87 symptômes observés par le docteur Schreter. Plusieurs homœopathes ont employé cette substance avec succès contre les aphtes des enfans à la mammelle. Le symptôme 25 confirme cette propriété spécifique du *borax*.

Castoreum, 292 symptômes observés par feu le docteur Caspari, et par un médecin anonyme *N-g*, qui a déjà fourni de nombreux matériaux à la *Matière médicale* de Trinks et Hartlaub.

Indigofera tinctoria (le suc de la plante), 226 symptômes sans indication du nom de l'observateur.

Acidum sulphuricum, 249 symptômes observés par N-g, forment un complément précieux aux 218 symptômes déjà publiés dans les *Archives* de Stapf. L'acide sulphurique est compté maintenant au nombre des antipsoriques.

Nickel, 446 symptômes observés par N-g. Ce métal n'avait encore été l'objet d'aucune expérience. Ses effets sont très énergiques et promettent une application étendue dans la pratique médicale.

Sulfate de soude, 112 symptômes observés par le docteur Schreter. Cette substance est probablement un antipsorique.

Les deux premiers cahiers du tome XII des *Archives* de Stapf, renferment :

Eugenia Iambos, 112 symptômes observés par le docteur Hering, à Paramaribo. C'est un petit arbre dont les noyaux et les racines recèlent une substance très vénéneuse dont les nègres se servent pour les empoisonnemens. Le docteur Hering a éprouvé séparément le suc des racines et celui des noyaux. Les symptômes publiés ne concernent que ces derniers. On a pris pour les essais jusqu'à 30 gouttes de la teinture, mélangées avec de l'eau. Cette substance, dont l'action est très rapide (24 heures), offre plusieurs analogies avec les effets de l'opium.

Lamium album, plante de la famille des labiées ; 104 symptômes observés par Hahnemann, et par les docteurs Franz, Kummer, Langhammer et Stapf. Cette plante était employée depuis long-temps dans la médecine populaire contre la leucorrhée. Les épreuves publiées viennent confirmer la vertu de cette substance sous ce rapport.

—

Nous devons répéter ici une observation que nous avons faite ailleurs déjà sur les épreuves de pathogénésie, faites par les homœopathistes allemands. Pourquoi les registres de symptômes ne sont-ils en général accompagnés d'aucune indication sur les doses employées, sur l'âge, le tempérament des expérimentateurs, en un mot sur la manière dont les résultats ont été obtenus ? Rien n'est plus propre à jeter de la défaveur sur ces observations, que cette absence complète de pièces à l'appui, si l'on peut s'exprimer ainsi ; absence qui ôte tout moyen de contrôle et de vérification. Nous avons toute confiance dans la bonne foi et l'exactitude des observateurs, mais en est-il de même de ceux qui commencent à examiner dans un esprit de doute, très légitime assurément ? Si l'on songe à l'immense importance qu'il y a à ce que la matière médicale homœopathique, cette base essentielle de toute la science, soit elle-même fondée d'une manière inébranlable, on ne saurait trop déplorer cette inexplicable négligence à entourer les observations de tout ce qui peut garantir leur authenticité. Puisse notre voix être entendue de nos confrères de l'Allemagne ! Une proposition a été faite à la dernière réunion de Leipzig, par le docteur Rückert, pour que le grand travail de la pathogénésie homœopathique fût entrepris sur un plan uniforme, et par les efforts réunis de toutes les Sociétés homœopathiques, sous la direction d'un comité central. Nous appuyons de toutes nos forces ce projet, et nous croyons que c'est là le moyen le plus efficace de faire avancer l'homœopathie, et de donner une valeur réellement scientifique à cet immense recueil de faits, un peu informe encore, qui compose la matière médicale actuelle. Nous espérons des lumières du comité central, qu'il imprimera à l'ensemble de ce travail un caractère qui réponde à toutes les exigences de la science, et qui ne laisse aucun doute sur la certitude des observations.

Nous désirons d'autant plus voir commencer cet important travail, que, depuis quelque temps, plusieurs médecins homœopathistes allemands (dont nous ne contestons point d'ailleurs le mérite) semblent s'écarter du grand principe de l'épreuve des médicamens sur l'homme sain, principe qui, seul, donne à la science une base sûre, en rattachant immédiatement la pratique à la théorie. Pourquoi le docteur Gross, sur une vague indication fournie par la médecine populaire, a-t-il employé l'araignée (*aranea diadema*) contre les fièvres intermittentes, sans aucun essai préalable de ses propriétés pathogénétiques ? Pourquoi plusieurs médecins (les docteurs Attomyr, Gross, etc.) ont-ils fait usage du virus psorique préparé homœopathiquement sans aucun examen préliminaire de son action sur l'homme sain ? Dira-t-on que cette action est déjà suffisamment connue par les maladies psoriques elles-mêmes ? Mais qui pourrait affirmer que les hautes atténuations agissent de la même manière que le virus à l'état brut ? La probabilité est assurément en faveur de la supposition contraire. Pourquoi aussi

trancher *à priori* une question importante, en donnant à ce virus le nom d'*antipsoricum* par excellence? Une demi-douzaine d'observations suffisent-elles pour établir un fait de cette importance? Ce n'est pas ainsi que notre vénérable maître à tous, Hahnemann, a donné l'exemple d'une observation patiente, prolongée, judicieuse. Observez en silence, expérimentez par devers vous comme vous l'entendez, mais, pour Dieu! pas de publications prématurées de faits incomplets! Une telle marche nuit à la science, bien loin de lui profiter. De cette manière, nous vous verrions bientôt ramenés à l'empirisme, à l'emploi des médicamens *ab usu in morbis*, c'est-à-dire à tout ce chaos informe de faits sans principe et sans loi, que Hahnemann est venu éclairer par le flambeau de son génie. X.

ARCHIVES GÉNÉRALES

DE

MÉDECINE;

JOURNAL

PUBLIÉ PAR UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS

COMPOSÉE DE MEMBRES DE L'ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE, DE PROFESSEURS, DE MÉDECINS ET DE CHIRURGIENS DES HOPITAUX CIVILS ET MILITAIRES, ETC.

SEPTEMBRE 1833.

MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

Essai sur les propriétés fébrifuges de la salicine;

Par le docteur G. RICHELOT.

Il est peu de maladies plus fréquentes et plus communes que les fièvres intermittentes; elles règnent habituellement dans un grand nombre de pays étendus, et quiconque a pu voir l'apparence chétive de la plupart des habitans de ces contrées malheureuses, et a pu observer les traces funestes de ces maladies chez les sujets qui en ont été atteints, doit regarder comme éminemment utiles les recherches qui ont pour but de multiplier les ressources de la thérapeutique contre un si cruel fléau. Mais ces recherches offrent plus de difficultés qu'on ne se l'imagine d'abord. Ces fièvres semblent se jouer des expérimentations dirigées avec le plus de sagacité, tantôt résistant au traitement le plus méthodique et le plus rationnel, tantôt cédant aux moyens les plus bizarres, et même disparaissant, dans un nombre immense de cas, sans l'intervention d'aucun traitement. Tenons-nous donc sur nos gardes, dans nos essais, pour constater les vertus d'un médicament dit fébrifuge, et n'imitons pas ces thérapeutistes qui nous ont légué des centaines de *fébrifuges*, dont un seul, jusqu'à nos jours, a pu soutenir l'épreuve d'une expérience prolongée.

Nous ne pouvons établir, en général et absolument parlant, aucune comparaison entre la salicine et le quinquina. L'un possède une masse innombrable de faits desquels on a pu déduire une conclusion satisfaisante; l'autre est à peine connu, et n'offre par conséquent pas assez de faits à comparer entre eux. Un parallèle entre ces deux substances ne sera possible que lorsque la salicine aura été employée un nombre de fois assez considérable pour qu'on puisse, sans crainte d'erreur, négliger les faits antérieurement acquis aux préparations du quinquina.

Les essais doivent donc être répétés; et en effet, plusieurs raisons s'unissent pour recommander la salicine à notre attention. Elle est indigène, et par conséquent ne peut nous échapper par aucune commotion politique. Son prix est peu élevé, et la met à la portée du plus grand nombre des fébricitans. Indépendamment de ces considérations de haute importance, elle est dénuée de toute qualité irritante et nuisible, comme nous le verrons bientôt, ce qui devrait la faire préférer aux préparations de quinquina, dans une foule de cas, si elle était réellement fébrifuge. Mais cette propriété, qui lui est concédée largement par plusieurs expérimentateurs, lui est contestée par un assez bon nombre d'observateurs plus sévères et non moins consciencieux; je crois donc faire une chose utile en donnant un résumé très concis, mais complet, de l'état de la science sur ce point en litige, et en contribuant à l'éclaircissement de la question par la discussion des faits déjà connus, et par la publication de nouveaux faits que j'ai recueillis à l'hôpital de *la Pitié*, dans le service de M. le professeur Andral.

Peu nous importe que la salicine ait été découverte par MM. Bucher, en Allemagne (1), Rigatelli, en Italie (2),

(1) *Voyez* son Répertoire pour la pharmacie, t. XXIX, 3e cahier, p. 418.

(2) Académie de Médecine, séance du 1er décembre 1829.

ou Leroux, en France, qui semblent y avoir également des droits; et que, si le pharmacien français n'est venu qu'après ses compétiteurs étrangers, le premier emploi de cette substance en médecine appartienne à la France. Quoi qu'il en soit, aussitôt que ce nouveau fébrifuge fut connu, plusieurs médecins de Paris et des départemens s'empressèrent d'en faire l'objet de leurs essais, et l'on ne saurait trop louer des recherches qui ont pour but de déterminer le degré de confiance que l'on doit accorder à un médicament aussi précieux que le serait un véritable fébrifuge indigène. Un assez grand nombre de médecins provinciaux s'accordèrent pour reconnaître à la salicine des propriétés fébrifuges réelles : quelques-uns crurent devoir mettre cette substance sur le même rang que le sulfate de quinine; quelques-uns même l'élevèrent au-dessus (1). Mais ces derniers éloges font naître involontairement quelques doutes dans l'esprit, surtout lorsqu'on voit M. Pelletier, d'après quelques essais faits sur des malades à *la Charité*, annoncer que la salicine, quoique fort amère, paraît bien moins active que les principes des quinquinas (2).

Pour pouvoir apprécier, aussi complètement que possible, les succès que l'on dit avoir obtenus avec cette substance, il faudrait avoir sous les yeux l'histoire détaillée de toutes les fièvres qui ont été traitées par elle; mais plusieurs médecins de province se sont bornés à donner le résultat de leur pratique, sans qu'on sache comment ils ont administré la salicine, et quelles précautions ils ont prises pour s'assurer que la guérison, quand elle a eu lieu, était bien due à la saciline. Aussi leur opinion est-elle de peu de poids pour la solution de la question. Toutes leurs voix réunies ne forment pas même une preuve en faveur des propriétés fébrifuges de la salicine; elles sont à prendre en considération dans le cas de nouveaux succès obtenus, auxquels elles ajoutent un plus grand degré d'intérêt; mais elles seraient complètement nulles, si les résultats obtenus sous nos yeux étaient négatifs.

M. Bally, un des premiers médecins qui se soient occupés du nouveau fébrifuge, traite par la salicine une fièvre quotidienne devenue tierce (3). Il fait administrer d'abord 30 grains de cette substance; la fièvre n'en est point influencée. Le lendemain, il prescrit 36 grains après la fièvre, et le jour apyrétique 54 grains, en tout 90 grains entre les deux accès; la fièvre se renouvelle comme à l'ordinaire. Nouvelle prescription de 54 grains après l'accès, et de 54 autres le jour apyrétique, en tout 108; la fièvre revient, mais elle est moins forte. Après cet accès, qui fut le dernier, on administra 54 grains de salicine, puis le jour apyrétique, 12 grains qui restaient seulement. La fièvre ne revint pas et fit bien, car on avait épuisé promptement les provisions amassées contre elle. On ne craint pas de donner ce fait comme favorable à l'emploi de la salicine. Il n'est point méthodique d'essayer un médicament à de si hautes doses; cette grande masse doit nuire à l'absorption en irritant la membrane muqueuse de l'estomac, et il pourrait se faire que la dernière dose de 12 grains soit la seule qui ait réellement agi contre la fièvre. Cependant cette observation n'est point sans intérêt; elle prouve qu'on peut faire *avaler* la salicine sans crainte, et que si elle n'a pas des propriétés fébrifuges bien manifestes, au moins est-elle complètement innocente; on voit de plus que la salicine n'est fébrifuge qu'à un faible degré, car il est impossible qu'une telle *consommation* s'en soit faite sans qu'une certaine quantité de cette substance ait été emportée dans le torrent circulatoire; son effet a donc été lent et peu énergique.

Les commissaires de l'Académie des sciences avaient agi bien différemment (1). Ils n'ont employé que des doses de six grains, et ils ont vu des fièvres d'accès coupées du jour au lendemain. Ce témoignage est assez respectable pour mériter l'attention. En général, la dose qui paraît avoir réussi à la plupart des médecins favorables à la salicine a été de 24 à 30 grains.

Le premier mémoire thérapeutique qui ait paru sur ce sujet, a été imprimé dans la *Gazette médicale* (2). L'auteur de ce mémoire conclut que la salicine égale le sulfate de quinine en vertu fébrifuge. Cette conclusion paraîtra au moins hasardée à quiconque lira avec attention les observations dont cette opinion est étayée. Ce Mémoire renferme neuf cas, dans huit desquels la guérison a eu lieu. Deux de ces cas sont de ceux où le repos, le régime, le changement de vie suffisent pour amener la guérison; plusieurs autres sont des exemples de fièvres intermittentes très simples qui cèdent au sulfate de quinine avec la plus grande facilité, et pourtant, dans ces dernières observations, la fièvre n'a cédé qu'après l'administration de la salicine pendant plusieurs et jusqu'à cinq jours. Dans un cas la salicine a triomphé d'une fièvre qui durait depuis cinq mois, et qui avait résisté au sulfate de quinine. Dans un autre enfin elle échoua, et le sulfate de quinine échoua également. La conclusion qu'on est porté naturellement à déduire de ce qui précède est loin d'être conforme à celle de l'auteur du mémoire. Ce médecin établit que la salicine doit être prescrite à plus forte dose que le sulfate de quinine; qu'on peut commencer par 18 et 20 grains le premier jour, et l'élever ensuite à 30 et 40, et même 50 grains, sans crainte d'accidens. Ce n'est pas faire l'éloge d'un médicament que de porter si haut la dose à laquelle il doit être administré pour avoir une action sensible. Une remarque plus importante, c'est qu'à quelque dose que la salicine ait été administrée, elle n'a jamais donné lieu à ces chaleurs d'estomac que produisent par fois quelques grains seulement de sulfate de quinine.

Deux observations de fièvres intermittentes guéries par la salicine furent lues à l'Académie de médecine (3), par M. Devilhers, au nom de M. Girardin, qui les avait recueillies; l'une parle puissamment en faveur du médicament; elle est citée ci-dessous.

(1) Séance de l'Académie de Médecine, du 1er décembre 1829. — Séances de l'Académie des sciences, du 10 mai et 19 juillet 1830, et du 14 mars 1831.

(2) Séance de l'Académie de Médecine, du 19 octobre 1829.

(3) Lancette, N° 21; 1830.

(1) Académie des sciences, séance du 10 mai 1830.

(2) Gazette médicale, tome Ier, N° 1; 1830.

(3) Journal général de Médecine, janvier 1830.

Le 14 août 1830, M. Blaincourt soutint, à la Faculté de Médecine de Paris, une thèse *sur la salicine et sur son emploi dans les fièvres intermittentes* (1). Cette thèse se compose de sept observations. La première a pour objet un homme de 40 ans, traité dans les salles de M. Bally. Sa fièvre résista au médicament, pendant trois accès intenses, et exigea l'emploi de 310 grains de salicine. La deuxième est empruntée au mémoire cité plus haut (2); la fièvre résista pendant cinq accès, et consomma 135 grains. La troisième a pour objet un ouvrier de vingt et un ans, traité dans les salles de M. Jadioux; la salicine fut employée inutilement contre six accès consécutifs, à la dose de 16 grains. La fièvre ne céda qu'après sept accès. Dans la quatrième, une jeune fille, dans les salles de M. Bally, est guérie de sa fièvre, par une seule dose de 24 grains. Cinq jours après, récidive attribuée à un bain trop froid. La salicine échoue, le sulfate de quinine réussit. La septième observation est empruntée au *Journal général de médecine*. Elle offre un cas de fièvre grave, traitée par 36 grains de salicine, dont 20 en pilules et 6 en lavement, dans une décoction d'écorce de saule. L'accès suivant fut notablement diminué. On administra 15 à 20 grains de salicine entre les accès qui furent toujours décroissant, et le rétablissement fut complet au bout d'un mois. M. Blaincourt ne manque pas de conclure que la salicine est un aussi bon fébrifuge que le sulfate de squinine, ce qui ne résulte pas du tout de sept observations de la thèse.

En 1831, des essais ont été faits à la Pitié, dans le service de M. Andral (3). Dans six cas, la fièvre a cessé immédiatement, après la première dose de salicine. Dans deux cas, l'accès n'est revenu qu'une seule fois. La salicine n'a échoué que sur deux malades : l'un était atteint d'une fièvre tierce, qui a résisté également au sulfate de quinine; l'autre a été guéri à l'aide de ce dernier médicament. Les doses prescrites par M. Andral étaient de 4, 6 et 8 grains.

Dans la *Gazette médicale* du 8 juin 1833, il est question d'une affection périodique de nature assez grave, contre laquelle le sulfate de quinine échoua, et qui fut guérie *par la salicine pure, puis associée au sulfate de quinine*. Dans le même numéro de ce journal, on lit les faits suivans : « MM. Cagnou et Blaincourt citent huit cas de succès. La salicine a été presque constamment administrée par ces praticiens, en lavemens d'abord, à la dose de 18 grains, et immédiatement après, 18 grains en bols. MM. Garnier, Lefebvre, Brouillon, etc., médecins dans diverses communes de l'arrondissement, ont obtenu de semblables résultats. Le docteur Olivier, médecin à Montluel, pays où les fièvres intermittentes sont endémiques, a communiqué plusieurs observations de fièvres intermittentes, dont les paroxysmes se présentaient avec le caractère des accès pernicieux, et dans lesquelles il a obtenu les plus grands succès de l'emploi de la salicine. Le docteur Noble, médecin de l'hospice de Versailles, a fait publier, dans le n° 2 de la *Gazette scientifique de Seine-et-Oise* de cette année, qu'il avait guéri soixante cas de fièvres intermittentes de tous les types, sans aucune récidive, au moyen de la salicine. » Il est fâcheux que tous ces faits ne puissent pas être appréciés, car si nous jugeons de ceux que nous ne connaissons pas par ceux dont nous possédons les détails, il est probable qu'il y a beaucoup à rabattre de l'influence attribuée au nouveau fébrifuge.

Les médecins allemands n'ont pas laissé passer inaperçue la salicine (1). Le docteur Græffe a guéri avec cette substance, des fièvres variables, sous le rapport du type et de la gravité; mais il faut, dit-il, *la combiner souvent avec d'autres médicamens, comme l'opium, la ciguë, le bismuth*, etc. Constamment, ajoute-t-il, il faut l'administrer à une dose triple ou même quadruple de la quinine; *malgré toutes ces précautions, elle a besoin souvent de quelques semaines* pour combattre une fièvre à accès. Il a remarqué que ce médicament a la propriété de retarder les évacuations alvines, et de faire cesser les diarrhées, et il la trouve préférable à la quinine, lorsqu'il s'agit de combattre des accès de fièvre périodiques, accompagnés de diarrhée colliquative.

Le docteur Linz a donné la salicine à la dose de 2 à 4 grains, trois fois par jour, pendant les apyrexies; quelquefois il lui a fallu augmenter cette dose, et pour prévenir les rechutes, il a continué l'emploi du fébrifuge pendant huit, treize et même vingt jours après le dernier accès.

Le docteur Stegmeyer, à Darmstadt, a aussi étudié les effets du nouveau fébrifuge; il l'a combiné avec l'émétique. Il en recommande surtout l'emploi dans les petites fièvres hectiques, avec redoublemens périodiques, et lorsque le malade est sujet à des évacuations qui l'épuisent, diarrhée colliquative, expectoration très copieuse; dans ce cas, il a donné la salicine à la dose de 2 à 4 grains, 3 à quatre fois par jour, en augmentant successivement. Toutes les fois dit l'auteur, qu'il existe une grande irritabilité vasculaire, la salicine doit être préférée à la quinine.

Le docteur Auerbach a inséré dans un nouveau journal de médecine allemand (*Berliner medicinische Zeitung*), une note d'où il résulte que la salicine a été employée à l'institut polyclinique de Berlin et qu'elle n'a pas produit les effets qu'on en attendait.

Si la salicine possédait réellement des propriétés fébrifuges aussi énergiques que celles du sulfate de quinine, les médecins des hôpitaux de Paris ne l'auraient pas abandonnée généralement, comme ils l'ont fait. MM. Chomel, Andral, Rostan, etc., etc., après des essais comparatifs qui les ont convaincus de la supériorité du sulfate de quinine, sont revenus à ce dernier qui est administré dans les hôpitaux comme en ville, presque sans concurrence. Le professeur Lobstein a obtenu des résultats exactement semblables (2). Dans le courant de l'année 1830-1831, il a fait des essais pour constater l'efficacité de la salicine : ils ont tous eu lieu sur des sujets chez qui la maladie s'est présentée exempte

(1) Thèses de la Faculté, 1830, N° 235.
(2) Gazette médicale, tome 1er N° 1, 1830.
(3) Gazette médicale, 1831.

(1) Gazette médicale, tome III, p. 411.
(2) Revue des maladies qui se sont présentées à la clinique de Strasbourg, Archives, janvier 1833.

de complication. Dans une première observation sur une fièvre quarte, elle a été employée à la dose de 6 grains; le malade prit en tout 258 grains. Les accès continuant avec la même intensité, paraissant même augmenter de gravité, on a eu recours au sulfate de quinine, dont 8 grains ont suffi pour mettre fin à la maladie. Le même médicament a été employé sur quatre fièvres intermittentes franches et deux fièvres larvées, sans plus de succès. L'année précédente, la salicine, employée dans trois cas de fièvre franche, avait fourni un succès douteux.

Dans cet état d'incertitude où nous ont laissés les diverses expérimentations, M. Andral a commencé, au printemps de cette année, une nouvelle série d'expériences sur un certain nombre de fébricitans qui se sont présentés dans son service. Les observations que je rapporte ci-après donneront une idée des résultats obtenus. Quatre seulement de ces observations, séparées des autres, ont été imprimées dans la *Gazette médicale*, par un étudiant en médecine, qui a eu soin de ne donner que celles qui lui semblaient favorables à la salicine. Cette manière de préconiser un médicament est loin d'être philosophique; et après tout ce qui a été dit sur ce sujet, il est étonnant qu'on retombe encore de nos jours dans une pareille faute.

Obs. Ire. — Au n° 10 de la salle S.-Léon a été couché, le 6 mai 1833, un jeune homme de 21 ans, revenu depuis peu de mois d'Alger, après un séjour de deux ans et demi en Afrique, où il avait eu presque constamment une fièvre quotidienne. Cette fièvre avait été coupée fréquemment, mais seulement pour quelque temps, par le sulfate de quinine. La fièvre sembla disparaître, lorsqu'il quitta cette région. Pendant la traversée, et depuis son retour en France, il n'éprouva aucun symptôme fébrile, quoiqu'il conservât de de la faiblesse et de la pâleur. Le 28 avril, sans cause connue il fut pris, à 10 heures du soir, d'un accès de fièvre dont le début fut marqué par une violente céphalalgie. Le frisson dura 10 minutes, la chaleur fut assez intense et dura quatre à cinq heures; le stade de sueur fut de courte durée et celle-ci médiocrement abondante. Cet accès se renouvela le lendemain avec les mêmes caractères, et ainsi de suite chaque jour jusqu'à celui de son entrée à l'hôpital. Ainsi cette fièvre se renouvelait en France avec le même type qu'elle avait offert en Afrique. Elle n'avait du reste aucune gravité et n'offrait pour toute complication qu'un peu de douleur parfois au niveau des côtes gauches. Le 7, à la visite du matin, il se trouvait bien; peu de céphalalgie; langue blanchâtre; appétit; épigastre et abdomen souples, indolens; pas de dévoiement; rien d'appréciable à la région splénique; toux rare; pouls 76, régulier; respiration 18, bruit des ventricules assez éclatant. (Orge; potion gommeuse; le quart d'alimens.) L'accès de ce jour vint également à 10 heures du soir et fut semblable aux autres, si ce n'est que la sueur et la douleur de côté furent un peu moins intenses. (même presc.) Le 8 et le 9, tout se passa de la même manière. Le 10, on prescrivit la salicine; il y avait eu alors une quinzaine d'accès presque entièrement semblables. Langue blanche; point de mauvais goût à la bouche; selles normales; état généralement satisfaisant, pouls 76, respiration 20. (Salicine, gr. VIII, en deux paquets, à une heure d'intervalle.) Dans la matinée l'accès fut retardé de quelques heures; il débuta à minuit, le frisson dura 5 à 6 minutes, la chaleur une demi-heure, et la sueur fut moins abondante qu'à l'ordinaire. Le 11, aucun trouble des voies digestives. (Salicine, gr. XII en 2 paquets dans la matinée à une heure d'intervalle.) — Il n'y eut qu'un léger frisson à 11 heures du soir, sans chaleur ni sueur. Le 12, même prescription; absence complète de fièvre. Le 13 et le 14, la salicine fut continuée à doses décroissantes; la fièvre ne reparut plus, et le malade sortit guéri, du moins pour le moment, le 17.

Obs. IIe. — Un couverturier, âgé de 26 ans, fut couché au n° 16 de la salle Saint-Léon, le 8 mai 1831. Il était à Paris depuis deux mois et revenait d'Alger, où il avait eu pendant plusieurs mois une fièvre intermittente, d'abord tierce, puis quotidienne, qui fut plusieurs fois coupée par le sulfate de quinine et revenait constamment au bout de 15 jours. Il sortit de l'hôpital d'Alger le 13 janvier, et s'embarqua pour la France le 24. Ce ne fut que le 4 mai que la fièvre reparut. L'accès débuta à une heure après midi par un frisson suivi de chaleur et de sueur légère. Le 5, aucun symptôme. Le 6, l'accès eut lieu à 11 heures du matin; il fut plus long et plus intense. Le 7 et le 8 l'accès fut comme le 6; le 9, il eut lieu à 1 heure et demie, la chaleur fut moins forte que les jours précédens, mais le frisson fut le même. Cet accès fut donc moins intense que ceux qui l'avaient précédé. Dans l'intervalle des accès, il est assez bien; la langue est blanchâtre; l'appétit est un peu diminué; les selles sont naturelles; toux sèche et rare; pouls 64; respiration 16. Il n'a jamais souffert dans la région splénique; cependant la rate dépasse le rebord des côtes de trois travers de doigt et remonte fort haut derrière ces mêmes côtes comme l'indique la percussion. Le 10, au matin 8 grains de salicine en une seule fois; limonade, diète. La fièvre vint à 11 heures et demie, le frisson dura une demi-heure, la sueur ne s'établit qu'à 6 heures du soir. Le 11, comme la veille, 8 grains de salicine et même prescription. La fièvre n'en fut aucunement influencée; elle se déclara à midi, le frisson dura une demi-heure, le stade de sueur commença à 10 heures du soir, et se prolongea jusqu'au lendemain matin. Le 12, on augmenta la dose de salicine; au lieu de 8 grains en un seul paquet, on en prescrivit 12 en deux paquets à prendre le soir à 9 heures, et le lendemain matin à 5 heures. Ce jours là l'accès manqua complètement; les jours suivans, même prescription, même absence de fièvre, aucun symptôme du côté des voies digestives. Le 17, il sortit en bon état de santé.

Obs. IIIe. — Au n° 1 de la salle Saint-Thomas, a été couchée, le 20 mai 1811, une jeune fille de 17 ans, blanchisseuse à Courbevoie, réglée à 12 ans pour la première fois, et depuis toujours régulièrement. Elle s'était toujours bien portée, lorsqu'il y a environ un an, elle eut une fièvre quotidienne qui dura huit mois et fut guérie après vingt jours de traitement; en décembre 1821, cette fièvre offrait cela de remarquable que le stade de frisson était complètement nul; elle débutait tous les soirs à 7 heures, par une vive chaleur. Après quatre mois de bonne santé, la fièvre reparut sous le type tierce dans les premiers jours de mai 1833. Le frisson se manifesta d'abord à 6 heures du soir, puis il a été en retardant, et lors de l'entrée de la malade, il commençait à 6 heures du matin. Le 21, à la visite, l'accès de

fièvre durait depuis deux heures; voici quel était l'état de la malade : langue sèche; soif; anorexie; épigastre et abdomen tendus et douloureux; vive douleur dans la région de la rate exaspérée par la pression; cette douleur, qui n'existait pas dans la première fièvre, ne date que de huit jours. La tension des muscles abdominaux empêche qu'on ne circonscrive la rate par le palper, mais la percussion indique qu'elle s'élève à plusieurs pouces au-dessus de sa limite ordinaire. Le pouls est à 124, la respiration à 36. Le pouls est développé, la peau est chaude. Douleur le long du sternum. La malade, qui n'a jamais été sujette à tousser, tousse depuis sa fièvre seulement; la pression sur le ventre exaspère la toux; cette toux s'accompagne d'une expectoration abondante pendant le stade de chaleur et point pendant le frisson; une inspiration forte détermine de la douleur vers la rate. Partout à l'auscultation, la respiration est forte et pure. (Pendant le stade de chaleur, une saignée de 4 palettes; limonade; potion gommeuse; diète.) La saignée a fourni un caillot très petit, à bords relevés, recouvert d'une couenne verdâtre. Après la saignée, sueur abondante; peu de sommeil. Le 22, jour d'apyrexie, douleur à la rate comme hier; en général, même état, sauf la fièvre; anorexie; pouls 80, respiration 20. (Limon.; potion gommeuse; salicine gr. XII en 2 paquets pour ce soir à 4 heures et à 6 heures; un bouillon.) Le 23, la fièvre reparut au point du jour; après un tremblement d'un quart d'heure, la malade éprouva une sensation de froid extrême. Du reste l'accès fut semblable aux précédens, et la rate tout aussi douloureuses (Lim.; p. g.; 25 sangsues sur la rate; un bouillon coupé.) Le 25, la fièvre débuta à trois heures du matin; le stade de frisson manqua; douleur de rate nulle; toux moindre. (Salicine gr. XII, après l'accès.) Le 26, même prescription. Le 27, la fièvre manqua. La malade dit avoir dormi, se trouver bien, la douleur du côté n'était pas revenue; la langue était naturelle; cependant la peau était chaude; le pouls était à 88, et la respiration à 18. (Lim.; 1/8 de portion.) Le 28, jour d'intermission, la fièvre a paru à six heures du matin; la douleur du côté s'était renouvelée hier à midi. Le frisson, ce matin, a été intense; pouls 96, respiration 28 (la malade était dans le stade de chaleur). (Lim. 20 sangsues sur la rate, diète.) Le 29 est devenu le jour d'intermission; point de fièvre, point de douleur. (12 grains de salicine pour le soir, en deux paquets.) Le 30, point d'accès fébrile; douleur de rate très légère; langue blanche; ventre un peu ballonné; selles normales; peau chaude; pouls 72, respiration 26. La malade demande à manger. (Lim.; 12 gr. de salicine, comme hier; 2 bouillons.) Le 31, 12 gr. de salicine. Le 1er juin, état satisfaisant; 12 gr. de salicine. Le 2, quelques douleurs au côté gauche. Le 3, les douleurs n'existent plus; appétit; langue naturelle; la rate paraît encore hypertrophiée. (Lim.; 8 gr. de salicine, un quart de portion.) Le 4 juin, la salicine a été prise à deux heures et à quatre heures après midi; à huit heures du soir, la fièvre est revenue; frisson d'un quart-d'heure, suivi de chaleur et de sueur peu abondante; tout était fini vers minuit. La douleur de la rate fut très vive. Le 5, à la visite, pouls à 72, respiration à 16. (Lim.; 20 gr. de salicine à prendre en deux fois, à dix heures et à onze heures du matin; 2 bouillons.) Le 6, même prescription. La fièvre vient à trois heures après midi, sans frisson. Le 7, intermission complète; même prescription; deux soupes et deux bouillons. Le 8, à la visite, quoique la malade n'accuse point de fièvre, la peau est chaude, le pouls fébrile, à 90; respiration 20. Depuis l'entrée de cette malade son visage n'a point encore repris l'apparence de la santé, son teint est toujours un peu jaunâtre. (30 gr. de salicine.) Le 9, fièvre, bronchite légère. (12 gr. de sulfate de quinine en deux paquets.) Le 10, pouls, 58; toux moindre; sueurs ce matin, de trois heures à six. Au moment de la visite, peau fraîche, visage meilleur. (Lim.; 12 gr. sulf. de quinine; une soupe et deux bouillons.) Les trois jours suivans, elle prit le sulfate de quinine à doses décroissantes; son visage reprit complètement; toute espèce de douleur disparut, l'appétit revint, et elle sortit guérie le 17 du même mois.

Obs. IVe. — Au n° 19 de la salle Saint-Thomas, entra le 30 mai 1833, une cantinière de l'armée d'Alger, âgée de 38 ans. Elle était de retour d'Afrique depuis le mois de mars. En juillet 1831, elle avait été atteinte, en Afrique, d'une fièvre intermittente tierce qui avait duré trois mois. En 1832, à la même époque, elle eut une fièvre quotidienne qui dura deux mois. La fièvre revint, mais irrégulièrement, pendant les quinze jours de quarantaine qu'elle fit à Toulon. Pendant les huit premiers jours qui suivirent son arrivée à Paris, elle se porta très bien; mais après ce temps, elle fut prise d'une nouvelle fièvre double quotidienne, accompagnée de douleur au niveau de la partie postérieure et externe des dernières côtes gauches. Cette fièvre fut traitée par le sulfate de quinine, à la Pitié, et se dissipa après trois semaines de durée. Lorsque le malade entra de nouveau à l'hôpital, la fièvre existait depuis huit jours, revenant chaque matin sur les 6 heures; le frisson durait trois heures; la chaleur très intense s'accompagnait d'une violente céphalalgie; la sueur durait près de huit heures et se prolongeait fort avant dans la nuit. Depuis 1831, des vomissemens avaient lieu dans le stade de frisson. Le 31, à la visite, le malade était au début du stade de chaleur. Céphlalgie; visage coloré en jaune; langue couverte d'un enduit blanc-jaunâtre; soif vive; anorexie; selles ordinaires; pouls 132; peau très chaude; toux pendant le frisson; respiration pure, 36; la rate débordait un peu les fausses côtes gauches; elle n'était pas douloureuse. (Limonade; orge; diète.) Le 1er juin, à neuf heures du matin, céphalalgie intense; agitation; pas de sommeil les nuits précédentes; le frisson qui avait commencé à l'heure ordinaire n'était pas encore terminé; quelques mouvemens convulsifs; douleur à la rate; pouls 134; respiration 40. (Orge; limonade; 20 grains de salicine en deux paquets, à quatre heures et six heures du soir; diète.) Le 2, la malade a dormi six ou sept heures. Le céphalalgie est moindre; absence de fièvre; état satisfaisant; la douleur du côté gauche est diminuée; pouls, 102; respiration 22. (20 grains de salicine, comme la veille.) Le 3, amélioration notable. Le 4, la malade veut sortir. Elle est fortement soupçonnée d'avoir exagéré ses souffrances, et d'avoir simulé une partie des phénomènes observés, le 1er juin, pendant la visite.

Obs. Ve. — Au n° 30 de la salle Saint-Thomas, a été couchée, le 30 mai 1833, une jeune fille de 19 ans, réglée à 15 ans pour la première fois, et régulièrement depuis cette époque, habitant Versailles, à Paris depuis trois semaines.

Un mois avant son entrée, elle fit une chute sur les reins, et, depuis ce moment, elle souffre d'une céphalalgie frontale. Examiné le 31, elle nous apprit que, depuis huit jours, elle est atteinte d'une fièvre quotidienne débutant à six heures du soir, par un frisson qui dure deux heures; sueur jusqu'au milieu de la nuit; palpitations pendant le frisson. Depuis cinq jours, le côté gauche est un peu douloureux; langue pâle; anorexie; selles ordinaires; pouls, 88; respiration 24 (Limonade; p. g.; diète.) Le 1er juin, 12 grains de salicine pour le matin. Fièvre comme à l'ordinaire. Le 2, céphalalgie; étourdissemens. (Saignée.) La fièvre ne vint qu'à minuit; elle fut moins forte et moins longue. Le 3, douleur de côté très forte; soif très vive. (4 pots de tisane; 30 sangsues *loco dol.*; 20 gr. de salicine en deux paquets, à deux heures et à quatre heures après-midi.) Le 4, point de fièvre. (Salicine comme hier.) Le 5, un peu de douleur au côté. (*Id.*) Le 6 pas de fièvre; insomnie, nausées, langue pâle, humide, et un peu blanche. (Lim.; p. g. avec sirop diac. ℥ ss mis 12 gr. de salicine en deux paquets, comme les jours précédens; deux soupes.) Le 8, on a supprimé la salicine. Le 10, pouls, 122; respiration 28. Douleur dans le côté gauche de la poitrine, sous la mamelle, depuis hier à trois heures. Langue pâle et grise. (Lim.; 30 sangsues *loco dol.*; un quart de portion. Le 12, elle était très bien, et le 17 elle sortit parfaitement guérie.

Obs. VIe. — Un fontainier, âgé de 20 ans, fut couché au n° 6 de la salle Saint-Léon, le 31 mai 1833. Il était revenu d'Alger, depuis deux mois et demi, après un séjour de deux ans en Afrique. Pendant tout ce temps, il souffrit de fréquentes fièvres intermittentes qui furent traitées par le sulfate de quinine, les sangsues en grand nombre et la ligature. Pendant la traversée, la fièvre continua et persista pendant son séjour à Paris, où elle fut coupée temporairement par le sulfate de quinine. Le frisson était souvent précédé de quelques crampes dans les membres inférieurs, et accompagné de coliques autour de l'ombilic. Ses jambes furent légèrement œdématiées pendant les accès de fièvre quotidienne qui eurent lieu à Paris. Cette fièvre avait cessé depuis quinze jours, lorsqu'elle se renouvela, sans cause appréciable, le 25 mai, sous le type quotidien, et avec tous les symptômes indiqués ci-dessus. Le frisson débutait tous les matins à onze heures, et durait deux heures; la sueur était abondante, et durait presque toute la nuit. Une douleur vive se faisait sentir vers la rate pendant le frisson, et persistait, mais avec moins d'intensité, pendant les stades de chaleur et de sueur. Depuis quatre jours, le frisson s'accompagnait de vomissemens.

Examiné le 1er juin, le matin à la visite, il offrit l'état suivant: le stade de sueur était à sa fin. Céphalalgie, langue rouge et collante, anorexie, soif vive, colliques légères, épigastre légèrement douloureux à la pression, constipation; pouls, 92; respiration 24. La rate ne dépassait pas le rebord inférieur des côtes; son mat dans une grande étendue de la partie latérale gauche inférieure de la poitrine. (Orge, pot. gom.; lavem.; diète.) A dix heures et demie, le frisson se manifesta, avec quelques crampes, et dura jusqu'à midi; point de nausées, douleur du côté, céphalalgie intense pendant toute la nuit, insomnie. Le 2 juin, à neuf heures du matin, visage légèrement jaunâtre, douleur dans l'hypochondre droit et à l'épigastre, céphalalgie nulle, langue rouge, bouche amère. (Même prescription.) La fièvre revint à la même heure. Le 3 juin, même accès fébrile. (20 grains de salicine en deux paquets, à sept heures et à neuf heures du soir.) Le 4, léger sentiment de froid à l'heure de la fièvre. Pas de chaleur ni de sueur. *Par oubli*, la salicine ne fut pas prescrite. Le 5, douleur de l'hypochondre et de l'épigastre nulle; pas de céphalalgie, visage moins jaune, langue blanche et humide, pas de fièvre. (12 grains de salicine en deux paquets, à sept heures et à neuf heures du soir.) Le 6, point de fièvre. (12 gr. de salicine.) Le 8, constipation, tendance continuelle au sommeil; bien du reste. (Même prescription; le quart d'alimens. Le 10, ce malade est sorti de l'hôpital, bien portant, n'éprouvant aucune douleur vers la rate; mais quelque temps après, la fièvre s'étant renouvelé, il est rentré à la Pitié, dans le service de M. Louis où il a été guéri par le sulfate de quinine (1).

Obs. VIIe. — Un cuisinier, âgé de 18 ans, entra à la Pitié le 3 juin 1833. Le malade paraissait d'un complexion peu robuste; il était sujet à de fréquentes et abondantes épistaxis, surtout en été, devant ses fourneaux. Il était tourmenté depuis trois semaines par une fièvre intermittente tierce, accompagnée de douleur dans le côté gauche, et dont le début s'était signalé par de fréquentes épistaxis. Le frisson débutait habituellement à huit heures du matin, et durait une heure. La sueur se prolongeait jusque vers trois heures après-midi. Le 5, frisson à six heures du matin; au moment de la visite, stade de chaleur; pouls, 120; respiration, 18. (Lim.; 20 gr. de salicine en deux paquets, à quatre heures et à six heures du soir.) Le 6, jour d'apyrexie, le malade se trouve bien et demande à manger. (Lim., 20 gr. de salicine comme hier, 2 soupes.) Le 7 juin, la fièvre a débuté à quatre heures et demie du matin; le frisson n'a pas été si fort; il a duré une heure. Au moment de la visite, huit heures et demie, sueur abondante; pouls, 110; respiration, 30. Toux pendant la nuit, mais avant le frisson seulement, douleur de la rate qui a disparu au moment du stade de chaleur. (20 gr. de salicine après l'accès.) Le 8, jour d'intermission, ce matin épistaxis très abondante qui dure plus d'une heure, et s'élève à plus d'une chopine. Visage très pâle. (Sangsues aux jambes.) Le 9, la fièvre a pris à deux heures du matin, mais elle a été très légère; au moment de la visite, chaleur intense de la peau. Le 11, dans la nuit, frisson et légère fièvre. Le 12, jour d'intermission, salicine dans la matinée; la fièvre se déclare à six heures et demie du soir. (12 gr. de sulfate de quinine, *illico*, en deux paquets.) Après avoir pris six grains de sulfate de quinine, il a éprouvé de la chaleur à la gorge et vers l'estomac, et des coliques qui ont persisté jusqu'à la visite du 14. Il n'a pas voulu prendre les six autres grains. Le 14, jour de fièvre, le malade attend l'accès vers trois ou quatre heures; cependant il veut

(1) Cette observation est citée parmi les quatre dont j'ai parlé plus haut, comme un exemple de guérison par la salicine.

sortir, et rien ne peut le résoudre à rester dans l'hôpital.

Obs. VIIIe. — Une domestique âgée de 19 ans, entrée le 20 mai 1833, au N° 30 de la salle Saint-Thomas : fièvre intermittente quotidienne, repos et diète. Guérison aussi complète que dans les cas les plus heureux qui précèdent. Sortie le 30 mai, au bout de dix jours.

Obs. IXe. — Un vitrier, âgé de 29 ans, ayant habité pendant seize mois Alger, où il a eu la fièvre presque continuellement, est entré, le 20 mai 1833, au N° 26 de la salle Saint-Léon. Visage couleur de pain d'épices, fièvre quotidienne. Repos et diète. Sorti guéri le 27.

Obs. X^e. — Un limonadier, âgé de 29 ans, ex-soldat à Alger : fièvre tierce, accompagnée de quelques symptômes peu graves ; tuméfaction de la rate. Repos et diète. Sorti guéri le 19 juin 1833, après un séjour à l'hôpital de quatre jours seulement, au N° 17 de la salle Saint-Léon.

Ces observations offrent assez bien l'image de l'état de la science à l'égard de la salicine : des succès douteux et des insuccès évidens, au milieu desquels se présentent quelques faits qui semblent accorder décidé ment des propriétés fébrifuges à cette substance. J'ai indiqué les trois dernières observations, parce qu'il est extrêmement utile de savoir que, dans trois cas sur dix, la fièvre s'est guérie sans le secours d'aucun fébrifuge. En général, dans les faits qui précèdent, excepté un seul (*obs.* 4.e), on ne voit point la salicine exercer une action bien franche, bien évidente, comme cela a lieu presque toujours avec le sulfate de quinine, dont une ou deux doses assez légères m'ont suffi extrêmement souvent pour faire disparaître des fièvres intermittentes qui duraient depuis plusieurs mois et même plusieurs années ; ces succès étaient bien réels, car je les ai obtenus dans un pays où ces fièvres sont endémiques, sur des sujets qui ne pouvaient point, pendant leur traitement, se soustraire aux influences fâcheuses auxquelles ils étaient soumis, et dans un assez grand nombre de cas j'ai pu constater l'absence de récidive pendant un espace de temps assez long.

Dans les observations 1re et 2e, où la fièvre semble avoir cédé peu-à-peu à la salicine, la première dose de ce fébrifuge n'a eu à-peu-près aucune influence sur l'accès suivant ; cette circonstance inspire peu de confiance pour les cas où la gravité des accès demande impérieusement un médicament dont l'action soit prompte et décisive. L'obs. 3e est tout-à-fait défavorable à la salicine ; dans ce cas il semble qu'elle ne soit qu'à demi-fébrifuge, et que la fièvre se joue de ses propriétés peu énergiques. En effet, le jour même où la malade prend la salicine, et seulement quelques heures après, la fièvre se déclare avec autant d'intensité qu'auparavant. J'ai vu souvent les accès fébriles se renouveler en dépit du sulfate de quinine, mais ordinairement l'accès qui succède à l'administration de ce médicament est, sinon supprimé, au moins modifié d'une manière notable ; et d'ailleurs, lorsqu'une fièvre intermittente résiste au sulfate de quinine, presque toujours cela vient de ce qu'on a négligé quelque indication importante. Du reste, ici, la salicine a été vaincue par le sulfate de quinine, qui seul a pu faire disparaître la coloration jaune du visage, et guérir la fièvre définitivement. Un fait est bon à noter dans cette observation ; c'est celui de la saignée dans le stade de chaleur. Personne, que je sache, n'a encore signalé l'état du sang tiré de la veine dans cette période de la maladie, et l'on voit qu'ici le caillot était petit, à bords relevés, et recouvert d'une couenne verdâtre. Si la femme qui fait le sujet de l'observation 4e n'a pas simulé les symptômes graves qui caractérisaient ses accès fébriles, l'action de la salicine a été décisive chez elle ; dans tous les cas cette femme est sortie trop promptement pour qu'on puisse savoir si la guérison a été solide. Dans l'observation 5e, la salicine paraît avoir guéri, et cependant il faut faire attention qu'une saignée a été pratiquée, et tout le monde sait qu'une fièvre de la nature et du caractère de celle-ci peut très bien céder à une simple saignée du bras. Dans l'observation 6e, la récidive a suivi de près la guérison par la salicine, et le sulfate de quinine est venu définitivement rendre la santé au malade. Enfin, dans l'observation 7e la salicine a échoué entièrement ; mais ce cas, qui est d'ailleurs incomplet, n'est pas tout-à-fait défavorable à la salicine, car on y voit qu'un malade, qui avait pris sans inconvénient une certaine quantité de cette substance, ne put pas supporter quelques grains de sulfate de quinine.

De tout ce qui précède, en prenant en considération tous les avis et tous les faits pour et contre, on peut conclure :

1° La salicine paraît posséder réellement des propriétés fébrifuges.

2° Les propriétés fébrifuges de la salicine paraissent, jusqu'à présent, très peu énergiques, et il est impossible d'hésiter un seul instant à donner la préférence au sulfate de quinine.

3° On pourra employer la salicine dans les cas où un état d'irritation ou d'inflammation quelconque contre-indique l'emploi du sulfate de quinine ; lorsque celui-ci aura échoué, si toutefois l'insuccès ne dépend pas de ce qu'on a négligé de remplir une indication étrangère à l'administration des fébrifuges. On l'emploiera encore très bien d'après la méthode allemande, contre les fièvres hectiques à paroxysmes périodiques, et avec diarrhée abondante ; ceci peut même devenir l'objet de travaux intéressans. Enfin, si dans un cas pressant le sulfate de quinine manquait, on n'hésiterait point à donner la préférence à la salicine sur tous les autres prétendus fébrifuges.

4° Non-seulement il n'est pas nécessaire, mais même il n'est pas judicieux, d'administrer la salicine dès le début à hautes doses. Six ou huit grains entre les accès, administrés d'après les mêmes principes que le sulfate de quinine, produisent des effets aussi bons et même meilleurs que des doses plus élevées ; on peut, au besoin, augmenter graduellement.

5° Sa qualité de fébrifuge indigène recommande vivement la salicine aux médecins, et surtout à ceux qui exercent dans les provinces et qui peuvent réunir un nombre immense de faits. Mais les expérimentations doivent être faites avec de grandes précautions. On doit tenir compte de tous les faits, c'est-à-dire, de ceux où il y a eu guérison, de ceux où la guérison n'a pas été obtenue, et de ceux où la fièvre a disparu sans fébrifuges. On doit distinguer les fièvres qui n'exigent que des moyens hygiéniques de celles qui réclament l'emploi d'un médicament réelle-

ment fébrifuge ; on doit aussi prendre en considération les autres moyens thérapeutiques qui concourent avec le fébrifuge à composer le traitement, et établir, autant que possible, des essais comparatifs avec le sulfate de quinine dont la vertu n'est plus contestable, etc.

Envisagé de cette manière, l'emploi de la salicine peut rendre des services à la thérapeutique. Mais, dans un moment où cette science semble vouloir sortir de cet état d'extrême simplicité à laquelle elle a été réduite, peut-être à tort, et où l'on publie des faits qui paraissent accorder des vertus presque merveilleuses à des médicamens encore peu usités, du moins dans le sens où l'on vient de les employer, il peut être utile de rappeler aux expérimentateurs et aux praticiens combien il est ridicule et même dangereux de se laisser enthousiasmer trop promptement pour un agent thérapeutique quelconque, et combien il serait fâcheux que nous nous laissassions aller à cette crédulité trop facile que nous avons si souvent reprochée à nos devanciers. Malheureusement encore, en médecine, nous sommes obligés de recourir souvent à l'empirisme ; le rationalisme est un problème qui sera longtemps, sinon toujours, insoluble. Mais l'empirisme est fécond en déceptions qui le rendent extrêmement difficile à manier ; et tout en recommandant les essais thérapeutiques sur la salicine, je terminerai mon travail en posant ce principe, qu'en fait de thérapuetique le scepticisme n'est jamais trop grand.

Notes sur quelques Maladies de l'œsophage ;

Par J.-T. MONDIÈRE, *médecin à Loudun.*

(IIe article.)

Dilatations. — Les dilatations de l'œsophage peuvent être congéniales ou acquises, occuper la totalité ou une partie seulement du calibre de cet organe, enfin, avoir lieu dans les divers points de son étendue.

Dans le plus grand nombre des oiseaux, ce conduit présente deux dilatations dans lesquelles séjournent les alimens. La supérieure porte le nom de jabot et fait une saillie sensible au col de ces animaux quand elle est remplie ; la seconde est située à côté du gésier dans la cavité abdominale. Cette conformation se retrouve aussi, mais accidentellement, chez plusieurs quadrupèdes et principalement sur le cheval. Nous en avons observé quelques préparations dans le musée anatomique de l'école d'Alfort, où on les désigne sous le nom *d'œsophage en jabot.* On l'a quelquefois aussi observé chez l'homme. Grashuys et Vicq d'Azyr ont rencontré cette conformation ; et plusieurs des dilatations dont nous parlerons plus bas ont peut-être appartenu d'abord à une disposition naturelle, et ont ensuite été augmentées par le séjour des alimens, au point d'empêcher complètement la déglutition. N'est-ce point encore à une disposition originelle qu'il faut rapporter ce que dit Dumas (1) de l'extrémité inférieure d'un œsophage qui était renflée et formait une cavité spacieuse, de manière qu'elle imitait le premier estomac d'un animal ruminant.

Mais dans le plus grand nombre de cas, ces dilatations, et surtout les latérales, tiennent à un état pathologique, dont la cause, il est vrai, n'est pas toujours facile à déterminer : cependant ceux qui ont observé cette altération rapportent à trois les causes qui peuvent les produire. Ce sont 1° une hernie de la membrane muqueuse de l'œsophage, à travers un éraillement de ses fibres charnues ; 2° le séjour prolongé de corps étrangers lourds et peu volumineux ; 3° enfin un obstacle quelconque à la déglutition, soit que cette dilatation tienne alors à l'accumulation des alimens, ou à des efforts répétés pour avaler.

Nous ne connaissons aucun fait qui démontre d'une manière positive l'influence de la première cause énoncée, et Monro (1) lui-même paraît l'avoir admise uniquement par analogie avec ce qu'on observe quelquefois pour les intestins et surtout pour la vessie. Il pense que, par suite d'une forte contraction spasmodique des fibres musculeuses de l'œsophage, la membrane muqueuse peut faire hernie à travers quelques-uns de leurs faisceaux, et former ainsi une poche plus ou moins considérable. Le Dr. De Guise (2) attribuait aussi ces prolongemens sacciformes à une hernie que fait la muqueuse à travers les fibres musculaires, dans les efforts de la déglutition, et c'était par là qu'il expliquait pourquoi ils existaient plus fréquemment à la partie inférieure du pharynx et supérieure de l'œsophage. On voit, dit ce médecin, qui a représenté un cas de cette espèce, observé sur un cheval, aux parties latérales de l'œsophage, un appendice sacciforme du volume d'un gros œuf, formé par le prolongement de la membrane interne qui a passé à travers un écartement des faisceaux musculaires de ce canal. Nous devons dire qu'il ne paraît pas que l'auteur se soit assuré par la dissection de la disposition exacte des parties.

L'action de la seconde cause est au contraire mise hors de doute par un assez grand nombre de faits. Déjà, dans un précédent mémoire (3), nous avons rapporté une observation très intéressante de dilatation œsophagienne produite par un noyau de cerise. Depuis, nos recherches nous ont fait connaître quelques faits analogues. Monro (4) en rapporte un dans son anatomie pathologique, presque en tout semblable à celui de Ludlow. Charles Bell a reconnu aussi cette cause (5), et Monro dit que, dans le musée d'Edimbourg, on conserve trois pièces d'anatomie pathologique représentant des intestins avec dilatations en forme de sacs, produites par des concrétions intestinales. Nous ne pensons pas que ces faits permettent de nier l'influence de cette

---

(1) Recueil périodique, T. XXIII, p. 59.

(1) Morbid anatomy of the gullet, stomach and intestines. Edimbourg, 1811 ; in-8.°

(2) Dissertation sur l'anévrisme, suivie de propositions médicales. Paris, an XII, in-4.°, fig., N° 252.

(3) Observations sur les accidens déterminés par le séjour des corps étrangers dans l'œsophage. (Archives de Méd. T. XXIV, p. 388.)

(4) Loc. cit., p. 12.

(5) The Lancet. T. XII, p. 708.

cause, mais comme, à l'époque où nous présentâmes à la société médicale d'émulation le mémoire dont nous venons de parler, quelques membres parurent douter qu'elle fût aussi puissante que nous le supposions, nous croyons devoir rapporter le fait suivant, dans lequel la nature fut pour ainsi dire prise sur le fait (1).

Un paysan de Walkenheim, âgé de vingt ans, robuste, avala, pendant son sommeil, une pierre qu'il s'était amusé à faire rouler dans sa bouche quelques instans avant de s'endormir. Cette pierre était un garnit du poids de deux onces; elle avait le volume d'une petite pomme, et ses angles étaient arrondis. A son réveil, le jeune paysan éprouva une douleur gravative dans la poitrine, avec impossibilité d'avaler la moindre chose. Par une timidité bien déplacée, le malade ne voulut point indiquer la cause de ces accidens, de sorte qu'on les prit pour une inflammation à la gorge. Il passa huit jours entiers dans cet état déplorable sans pouvoir manger ni boire; les douleurs augmentèrent de plus en plus, et le malade s'affaiblit au point qu'il ne fut plus capable de rester debout. Alors seulement il avoua la cause de son mal, et recourut aux secours de l'art. On ne put découvrir le corps étranger, ni au tact, ni à la vue. On explora l'œsophage à l'aide d'une éponge trempée dans de l'huile et fixée à une baleine; on parvint jusqu'à la pierre, mais en excitant les douleurs les plus violentes : elle se déplaça vers la droite et y resta immobile. Aussitôt la déglutition devint assez libre, et l'on crut que le corps étranger était descendu dans l'estomac. Comme le malade avait perdu connaissance, et qu'il ne pouvait donner de renseignemens sur le volume de la pierre, on ne fit aucune autre tentative, et l'on se borna à administrer de l'huile à l'intérieur. Le malade expira le lendemain. A l'ouverture du cadavre, on trouva l'œsophage, l'estomac et une partie des intestins grêles *sphacélés*. La pierre s'était en quelque sorte chatonnée dans la partie inférieure de l'œsophage, où elle avait formé un sac du côté droit; ce sac était corrodé par la suppuration, de sorte qu'une portion de la pierre se trouvait à nu dans la cavité thoracique, à côté de la trachée-artère. La cavité droite de la poitrine contenait une quantité assez considérable de pus, qui couvrait en partie le poumon.

Enfin, ces dilatations peuvent être dues à un obstacle à la déglution, et, avons-nous dit, l'accumulation des alimens et les efforts répétés pour avaler peuvent également alors la produire. Ainsi Charles Bell (2) pense que la dilatation du pharynx en forme de poche qui pend derrière l'œsophage peut très bien dépendre de la contraction spasmodique de la partie supérieure de ce conduit, qui met obstacle au passage des alimens, et alors dans ce cas les efforts continuels pour opérer la déglutition ont pour effet de dilater le pharynx. Cette opinion du chirurgien anglais semble avoir été confirmée par l'observation; chez la personne dont nous avons rapporté l'observation en parlant des causes du cancer de l'œsophage, et qui se livra pendant longtemps à de violens efforts de déglutition, Littre (3) trouva que le pharynx avait ses parois plus fermes et plus épaisses, et sa cavité plus ample qu'à l'ordinaire, et remarqua à la partie inférieure de cette cavité quatre manières de sacs membraneux, de figure cylindrique, ouverts par en haut et fermés par en bas. Si, comme nous l'avons déjà fait plusieurs fois, nous invoquons encore ici l'analogie, nous verrons que le rectum peut, par suite d'efforts faits pendant la défécation, alors que la partie inférieure de cet intestin est rétrécie, présenter des dilatations semblables à celles de l'œsophage. Les faits de cette nature ne sont pas rares, et le suivant est précieux sous ce rapport. Dans sa séance du 13 janvier 1816, M. Trappe (1) soumit, à l'examen de l'Athénée de médecine de Paris, un rectum qui présentait un rétrécissement considérable à sa partie inférieure, et au dessus de ce rétrécissement plusieurs excavations très profondes, formées par la dilatation particile des tuniques intestinales, et remplies de matières fécales dures. Une de ces cavités accidentelles avait près de trois pouces de longueur; sa forme était exactement comparable à celle d'un doigt de gant.

En parlant des symptômes qui accompagnent ordinairement les rétrécissemens organiques de l'œsophage (2), nous avons dit que souvent toute la partie située au dessus du point rétréci se dilatait plus ou moins, et nous avons cité plusieurs observations d'après MM. Cassan et Purton. En continuant nos recherches sur le sujet qui nous occupe depuis plusieurs années, nous avons trouvé un autre fait qui nous paraît devoir être attribué à la même cause. Un seigneur de Berne, dit Collomb (3), me consulta sur une maladie très rare, dont il était attaqué depuis environ un an. Cette maladie consistait dans la dilatation et l'élévation considérable des deux côtés du cou, causées par le séjour, dans le pharynx, des alimens qu'il prenait pour nourriture. Il les regorgeait tous les quatre ou cinq jours, et son cou reprenait alors son état naturel : et, chose remarquable, le malade n'avait presque pas maigri, il avait encore à peu près ses forces accoutumées et des couleurs naturelles; circonstances qui viennent prêter appui à ce que nous avons dit précédemment (4), savoir, qu'il peut s'opérer une sorte de digestion dans la portion de l'œsophage ainsi dilatée.

Pour tâcher d'éclaircr autant que possible le diagnostic, si obscur encore, de l'affection qui nous occupe, nous dirons que la puanteur de l'haleine, la gêne de la déglutition, et la rumination dépendent quelquefois d'une dilatation de l'œsophage. M. Roennow (5) rapporte qu'à l'ouverture d'une personne qui avait l'haleine fétide, il trouva à la partie supérieure et dans les parties latérales de ce canal, des espèces de poches qui contenaient des restes d'alimens d'une puanteur excessive. J. Grash (6) rencontra la même altération sur une personne qui avait présenté des symptômes variés dans la déglutition, et qui n'auraient jamais pu être conçus sans la dissection. Enfin M. de Guize (7) dit avoir été con-

(1) Bibliothèque médicale. T. XLVII, p. 401.
(2) The Lancet. T. XII, p. 706.
(3) Collection académique, partie française. T. IV, p. 371.

(1) Bibliothèque médicale. T. LI, p. 351.
(2) Archives de Médecine. T. XXV, p. 362.
(3) OEuvres médico-chirurgicales. Lyon, 1798; in-8.°, p. 307.
(4) Archives de Médecine. T. XXV, p. 307.
(5) Ancien Journal. T. LXV, p. 103.
(6) *Act. nov. cur.* T. VI, obs. 73.
(7) *Loc. cit.*

sulté pour M. P... qui depuis quinze ans éprouvait, après avoir mangé, une sorte de rumination qui ramenait à la bouche une partie des alimens qu'il avait pris. Il fut enfin attaqué de douleurs et de difficulté très grande dans la déglutition, et mourut dans l'émaciation la plus grande. A l'ouverture du cadavre, on trouva sur la partie latérale de l'œsophage un sac membraneux qui communiquait avec la cavité de ce conduit, dans lequel les alimens s'introduisaient, et qui, par sa forme, sa position, sa direction et sa distension, comprimait l'orifice supérieur de l'estomac, et empêchait l'entrée libre des alimens.

Inflammation folliculeuse. — Ce que le raisonnement et plus encore l'analogie avaient depuis longtemps fait admettre comme possible, a été prouvé de la manière la plus évidente par l'anatomie pathologique. On sait aujourd'hui que les follicules muqueux peuvent être le siége d'un travail morbide, sans que les tissus qui les entourent y participent, de même que nous voyons tous les jours les cryptes de la peau, qui sont à cette membrane ce que les follicules sont aux muqueuses, s'enflammer, suppurer, sans que la peau, sans que le tissu cellulaire, au centre duquel ils se trouvent placés, en reçoivent la moindre influence. Les recherches de Wagler et de Rœderer n'ont-elles pas appris que la fièvre dite *muqueuse* est due à une affection isolée des follicules de l'estomac et de l'intestin grêle? N'est-il pas démontré aujourd'hui que l'ensemble des symptômes, auquel on donne le nom de *fièvre grave, fièvre typhoïde*, reconnaît pour cause une altération particulière des glandes de Peyer et de Brunner?

Considérons donc les follicules muqueux comme des organes distincts, isolés, sentant à leurs manières, ayant leurs maladies propres, et voyons quels symptômes fait naître l'inflammation de ceux de l'œsophage, et quels changemens elle apporte dans leur organisation.

Les symptômes sont toujours fort obscurs : ce qui tient à ce que rarement l'inflammation folliculeuse se borne à l'œsophage, et qu'elle ne développe aucune sympathie. Toutefois on a observé que les malades éprouvaient de la chaleur, de la gêne dans le trajet de l'œsophage; la déglutition est toujours douloureuse, quelquefois même impossible : mais un signe qui a été observé par Darluc, Lavirotte, Wagler, Rœderer et Billard, c'est un vomissement fréquent et une expuition continue de glaires et de mucosités épaisses et filantes que les malades rejettent avec beaucoup de peine.

Essaierons-nous de déterminer sous quelle influence se développe la phlegmasie des follicules? Ici tout est obscurité. Dirons-nous qu'elle reconnaît les mêmes causes que celle qui font naître l'exaltation des propriétés vitales des vaisseaux capillaires sanguins? Mais il resterait encore à rechercher pourquoi les mêmes causes font naître l'une ou l'autre de ces phlegmasies, et presque jamais en même temps. Avouons donc notre ignorance à cet égard, et contentons-nous de rechercher dans quels cas on a rencontré l'affection des follicules muqueux de l'œsophage.

Dans un mémoire publié en 1821, M. Grimaud (1) dit que la rage n'est qu'une phlegmasie folliculeuse très étendue. Ce médecin ne développe pas sa proposition : et quoique nous ne connaissions pas les faits sur lesquels il s'appuie, nous pouvons lui opposer à l'avance que, dans beaucoup de cas, on a trouvé une inflammation de presque tous les cryptes muqueux, sans qu'il se fût manifesté aucun symptôme d'hydrophobie, et que, dans d'autres circonstances non moins nombreuses, les recherches les plus minutieuses n'ont fait découvrir aucune trace d'inflammation, même la plus légère.

Toutefois, il est vrai de dire qu'il n'est pas très rare d'observer, chez ceux qui succombent à la rage, un état phlegmasique des follicules muqueux de l'œsophage : Darluc, Lavirotte, Andry (1), Portal (2) et beaucoup d'autres après eux, les ont vus plus développés, plus volumineux et comme farcis d'une lymphe écumeuse, dont une couche épaisse tapissait, dans quelques cas, la face interne du conduit œsophagien. Darluc (3) rapporte que chez une jeune fille qui succomba à la rage, il trouva l'estomac et l'œsophage tapissés de glaires verdâtres, toutes les glandes muqueuses de l'œsophage fort tuméfiées, et son orifice supérieur si resserré vers l'arrière-bouche, qu'à peine pouvait-on y introduire un stylet. Mais de ces faits plus ou moins nombreux, faut-il conclure, avec M. Grimaud, que la rage consiste essentiellement dans une altération des follicules muqueux? Non, sans doute; la seule conclusion raisonnable que l'on puisse en tirer, c'est qu'il existe divers états pathologiques, qui, comme nous l'avons dit dans un travail précédent, peuvent quelquefois être accompagnés de l'ensemble des symptômes désignés par le nom de *rage* : et encore plusieurs d'entre eux pourraient, avec quelque raison peut-être, être considérés comme effet et non comme cause de cette terrible maladie.

Dans le croup (4) on rencontre encore assez souvent cette même altération des follicules muqueux de l'œsophage, surtout à sa partie supérieure; alors la membrane interne est d'un gris pâle.

Rœderer de Wagler (5) l'ont observée quelquefois dans l'épidémie de Göttingue. C'est surtout vers la partie supérieure de l'œsophage que ces médecins ont vu les follicules muqueux, tantôt engorgés et remplis de mucus épais, tantôt vides, aplatis et présentant à leur centre une ouverture plus grande qui pénétrait dans leur cavité. Chez des enfans qui avaient succombé à des gastro-entérites aiguës ou chroniques, M. Denis (6) a trouvé les follicules de l'œsophage très développés, sans que la membrane muqueuse offrît la moindre injection : ils formaient, dit cet auteur, des petites tumeurs d'où on faisait sortir, par la pression, une

(1) Journal complémentaire. T. XI, p. 231.

(1) Recherches sur la rage. Paris, 1779, in-8.°
(2) Observation sur la rage. Paris, 1787, in-8.°
(3) Ancien Journal. T. III, p. 189.
(4) Grinaud, *loc. cit.* — Desruelle, Traité du croup. Paris, 1824. in-8.°
(5) Traité de la maladie muqueuse. Paris, 1806, in-8.°
(6) Recherches d'anat. et de phys. pathologiques sur plusieurs maladies des enfans nouveau-nés. Paris, 1826, in-8°.

matière blanche, pultacée et semblable à celle des méliceris.

L'observation suivante, rapportée par Billard (1), prouve que les affections de l'appareil folliculeux peuvent se développer pendant la vie intra-utérine. Deher entre à l'hospice des Enfans-Trouvés, le 26 mars. Cet enfant, du sexe masculin, portant encore son cordon ombilical mou, frais et récemment lié, est apporté le 26 au matin. Il a déjà taché ses langes de méconium; il vomit des matières glaireuses, a le cri faible, la face rouge et grippée, et les extrémités froides : cependant il est doué d'une assez forte constitution. Il meurt dans la nuit du 26 au 27. L'ouverture du cadavre est faite vingt heures après la mort. On trouve la bouche et le pharynx très injectés. Il existe en outre, tout le long de l'œsophage, une quantité considérable de follicules mucipares très développés, et qui, pour la plupart, sont environnés à leur base d'un cercle rouge beaucoup plus vif que la rougeur générale et violacée que présente la paroi du pharynx et de l'œsophage. Quelques-uns de ces follicules commencent à s'ulcérer au sommet, qui présente une déchirure jaunâtre très superficielle. La même altération se rencontre au même degré dans l'estomac, qui renferme des matières d'une couleur bistre et d'une consistance muqueuse.

Enfin n'est-ce point à cette même affection des follicules, mais beaucoup plus avancée, qu'il convient de rapporter les ulcérations que M. Louis (2) a rencontrées dans l'œsophage, chez quelques-uns des malades qui ont succombé à la *fièvre typhoïde?* L'observation précédente vient, ce nous semble, à l'appui de cette opinion.

Inflammation pseudo-membraneuse. — L'inflammation de la muqueuse œsophagienne, revêtant un caractère spécial, peut déterminer la formation d'une fausse membrane. Tantôt cette inflammation plastique débute par l'œsophage, et n'envahit que cet organe; tantôt, au contraire, elle n'est qu'une expansion d'une altération semblable du pharynx et des tonsilles, nous voulons dire de l'angine couenneuse ou diphthérite.

L'inflammation plastique débutant par l'œsophage est assez rare. M. Cruveilhier (3) dit qu'il a trouvé, parmi les observations de M. Dupuytren, un exemple très remarquable d'une inflammation de l'œsophage, terminée par la formation d'une fausse membrane qui tapissait ce canal dans toute sa longueur. Le docteur Henning (4), de Zerbts, rapporte que la servante d'une maison tomba malade en même temps que quatre enfans, qui furent atteints de scarlatine : aucune trace d'éruption extérieure ne se présenta chez elle; mais elle éprouva un ensemble de symptômes très graves et qui indiquaient que la maladie s'était, pour ainsi dire, concentrée sur les parois de l'œsophage. Cependant, à l'aide de moyens convenables, la déglutition et la possibilité d'ingérer se rétablirent vers le septième jour. Le huitième, la malade éprouva un chatouillement des plus pénibles dans l'œsophage; ce chatouillement détermina une toux violente et continuelle qui persista jusque vers le dixième jour. A cette époque, les règles ayant paru, l'amélioration fut rapide, et la malade excréta par la toux une grande quantité de débris membraneux, pareils à ceux que l'on remarque lorsque, dans cette maladie, la desquamation de la peau a lieu.

Peut-être conviendrait-il de rapprocher de ces deux faits ceux rapportés par Winslow (1), Bleuland (2), et enfin celui de Mathias Jacobæus (3), qui raconte qu'un homme fut, pendant deux ans, tourmenté d'une dysphagie qui cessa après qu'il eut rendu par l'anus une fausse membrane venant de l'œsophage.

Le croup peut-il se compliquer de la formation d'une fausse membrane dans l'œsophage. Les recherches que nous avons faites à ce sujet, dans les ouvrages qui traitent *ex professo* de cette matière, nous ont conduit à conclure que, toutes les fois que l'œsophage se trouvait à l'intérieur tapissé d'une fausse membrane plus ou moins analogue à celle qui obstruait les voies aériennes, il y avait eu complication du croup avec l'angine couenneuse, c'est-à-dire que l'inflammation plastique avait débuté par le pharynx, et s'était de là étendue dans le larynx, la trachée et l'œsophage : telles sont, entre autres, les observations rapportées par Rechou (4); celles de MM. Grimaud (5), Chomel (6), Heurteloup (7), Andral (8), etc., etc.

Tantôt la fausse membrane n'atteint que la partie supérieure de l'œsophage; tantôt toute sa face interne en est recouverte; d'autres fois on la voit s'interrompre dans le milieu de ce conduit, pour reparaître vers le cardia, occuper une partie ou la totalité de l'estomac; enfin elle peut être étendue en nappe ou disséminée par plaques. Au dessous d'elle la muqueuse de l'œsophage, tantôt apparaît saine, tantôt offre, soit dans toute son étendue, soit par place, la rougeur propre à la diphthérite.

Il est difficile, pour ne pas dire impossible, d'assigner aucun symptôme qui puisse, nous ne dirons pas caractériser, mais seulement faire présumer que l'inflammation diphthéritique a envahi le tube œsophagien : les symptômes auxquels donne lieu l'affection du pharynx et des voies aériennes masquent ceux que l'on pourrait remarquer du côté de l'œsophage. *A priori*, on pourrait penser que la gêne de la déglutition devrait être plus grande, et les vomissemens plus fréquens, et cependant, il n'en est rien. En effet, dans un

---

(1) Traité des maladies des enfans nouveau-nés. Paris, 1828, in-8.°, p. 275.

(2) Recherches sur la gastro-entérite. Paris, 1829; 2 vol. in-8.° T. I.er, p. 169.

(3) Essai sur l'anatomie pathologique. T. I er, p. 146.

(4) Bibliothèque médicale T. LVIII, p. 384.

(1) Mém. de l'Académie des sciences, pour 1712; et Collection académique, partie franç. T. III, p. 550.

(2) *Observationes anatomico-medicæ de sanâ et morbosâ œsophagii structurâ.* Lugd.-Batav., 1825, in-4.°, fig., p. 19.

(3) Bartholini, Act. med, p. 212.

(4) Recueil périodique. T. XXII, p. 3.

(5) Journal Complémentaire. T. XI, p. 235.

(6) Archives de Médecine. T. IV, p. 23.

(7) Observ. de croup chez l'adulte. Thèse. Paris, 1828; in-4.°, N.° 53, Obs. II.

(8) Anatomie pathologique. T. II, p. 161.

cas observé par M. Bretonneau (1), la fréquence des vomissemens avait fait naître le soupçon que la phlegmasie diphthéritique s'était propagée du pharynx à l'œsophage, et peut-être à l'estomac; mais ces conjectures furent démenties par l'autopsie cadavérique.

Quant à l'inflammation plastique débutant par l'œsophage, les observations que nous possédons sur ce point sont trop incomplètes pour que nous essayions d'en tracer le diagnostic.

Paralysie. — La paralysie de l'œsophage, que Galien désignait sous le nom de *Gulæ imbecillitas*, peut être passagère ou de très longue durée, selon la nature des causes qui l'ont produite, comme va le prouver l'étude de ces dernières.

Parmi les causes qui peuvent produire passagèrement l'espèce de dysphagie que nous étudions, nous mettrons, avec les auteurs, les affections vives de l'ame, l'abus des liqueurs alcooliques, un principe rhumatismal, l'usage répété de certains gargarismes, comme ceux dans lesquels entre l'acétate de plomb, etc. Sans doute, il est difficile d'établir le rapport qui peut exister entre ces divers agens et l'effet qu'ils produisent quelquefois; mais est-il plus aisé de déterminer comment agit un courant d'air frais, alors qu'il produit la paralysie partielle de la face? Non, sans doute : cependant, l'expérience a, nombre de fois, confirmé l'influence de cette cause sur cette dernière maladie.

Les causes qui donnent lieu à une paralysie durable de l'œsophage sont toutes celles qui agissent directement sur les nerfs qui se distribuent à ce canal.

Les expériences que l'on a faites, à diverses époques de la science, pour déterminer l'influence des nerfs pneumogastriques sur la respiration, ont depuis longtemps démontré que leur section entraine la paralysie de l'œsophage. Ainsi, Raglivi (2), après avoir fait la section des deux nerfs vagues sur un chien, observa, en le disséquant douze jours après, que tous les organes étaient sains; mais que l'œsophage était rempli, dans toute sa longueur, d'alimens pris auparavant, de sorte qu'il était énormément distendu. Presque en même temps, Valsalva (3) et, depuis, un grand nombre d'expérimentateurs, répétant ces vivisections, arrivèrent aux mêmes résultats. Entre autres, Dupuy (4), professeur à l'école d'Alfort, qui s'est livré un grand nombre de fois à ces expériences, dit : « Si on fait la trachéotomie avant de comprimer, lier ou couper les nerfs pneumo-gastriques, l'animal ne périt que six à sept jours après la section : il continue à boire et à manger; mais les alimens retombent bientôt, après avoir été écrasés, par l'ouverture de la trachée-artère. Les phénomènes les plus remarquables qui avaient été rapportés par les autres physiologistes expérimentateurs, c'était de trouver l'œsophage ainsi que l'estomac remplis d'alimens; mais les mouvemens de l'œsophage sont aussi paralysés par la section de ces nerfs, ce dont il est facile de s'assurer en mettant l'œsophage à découvert; car, si on fait boire l'animal, on n'aperçoit aucun mouvement dans la membrane charnue de l'œsophage : il se déplace seulement, lorsque l'animal change la position de sa tête. »

De ces faits fournis par la physiologie expérimentale, il est facile de conclure que toute lésion qui affectera les nerfs pneumo-gastriques dans la portion cérébrale d'où ils naissent, ou bien dans leur trajet, devra produire le même effet. C'est positivement ce que l'observation a démontré : ainsi le docteur Kœhler (1) a vu la paralysie de l'œsophage produite par des tubercules pulmonaires qui comprimaient les nerfs qui concourent à la déglutition. MM. Rolando et Gallo (2) l'ont attribué dans un cas au tiraillement des nerfs pneumo-gastriques. Wepser (3) rapporte une observation d'apoplexie où cette paralysie entraîna la mort du malade. Le même auteur cite plusieurs observations analogues, et depuis l'expérience a souvent confirmé l'influence de cette cause (4). Le professeur Wilson (5) a vu cette paralysie produite par un gonflement considérable des vertèbres cervicales, dû à une cause syphilitique; M. Larrey (6) par un coup de lance qui pénétra dans le lobe postérieur de l'hémisphère gauche du cerveau, à deux pouces et demi de profondeur, et *sans doute* jusqu'au centre ovale de Vieussens. M. Flandin (7) rapporte un cas où cette paralysie dépendait évidemment d'une affection cérébrale : il s'agit d'un homme ayant tous les attributs de la constitution apoplectique, et qui, voulant avaler un verre d'eau sucrée, en fut empêché par un spasme subit de la gorge. Un médecin appelé aussitôt fit une large saignée, et prescrivit des bains de pieds sinapisés. Le soir la saignée fut réitérée, et cependant il survint dans la nuit des contractions des muscles du côté gauche de la face, avec embarras dans la parole et paralysie incomplète du mouvement et du sentiment : l'œsophage était complètement paralysé. Dans ce cas on se servit avec avantage de la sonde œsophagienne, et le malade guérit. Dans une observation présentée à l'Académie de Médecine par M. Montaut (8), cette paralysie fut produite par un kyste hydatique développé à la base du crâne.

Il n'est pas rare de rencontrer cette affection chez les aliénés, et elle produit souvent l'asphyxie, en raison des alimens qui peuvent séjourner dans le tube pharyngo-œsophagien, ou passer dans la trachée-artère : « Aussi, dit M. Esquirol (9), un aliéné paralytique tombe-t-il en syn-

---

(1) Des inflammations spéciales du tissu muqueux. Paris 1826; in-8.°, fig., 163.

(2) *Opera omnia. Diss. oct. de obs. anat. et pract. varii argumenti.* Exp. 7 et 8, p. 676. Lugd. 1710.

(3) Bibliothèque médicale. T. XL, p. 7.

(4) Bibliothèque médicale. T. LV, p. 370. — *Voyez* aussi Archives de Médecine, T. II, p. 485, et T. VII, p. 474.

(1) Bibliothèque médicale. T. XXXIV, p. 128.

(2) Archives de Médecine, T. XX, p. 228.

(3) *Historiæ apoplecticorum.* Venetiis, 1757, in-8°, p. 376, obs. 13.

(4) *Voyez* Bibliothèque médicale. T. XXX, p. 152. — Archives de Médecine. T. XXVI, p. 532. — Ancien Journal. T. XXVIII, p. 542; et les Traités sur l'apoplexie.

(5) Recueil périodique. T. XLV, p. 53.

(6) Recueil de mémoires de chirurgie. Paris, 1821, in-8°.

(7) Journal hebdomadaire. 1831, N.° 41.

(8) Archives de Médecine. T. XXXI, p. 434.

(9) Rapport statistique sur la maison royale de Charenton, dans Annales d'hygiène publique, etc. 1829, N.° 1, p. 141.

cope pendant qu'il mange ; il faut avoir présent à la pensée que cet état peut être causé par la présence des alimens qui ne peuvent arriver jusqu'à l'estomac, et il arrive quelquefois, dans les maisons destinées au traitement de ces malades, que le médecin fait cesser ces accidens graves en débarrassant le pharynx ou l'œsophage des alimens qui y sont retenus. Il est peu d'années où nous n'ayons pas d'accidens semblables dans la maison de Charenton. »

Enfin on l'observe assez fréquemment dans les *fièvres ataxiques* et *adynamiques* (alors elle est un symptôme fâcheux), et aux dernières périodes de beaucoup de maladies, alors que l'innervation est éteinte. Le docteur Krueger (1) l'a vue produite par une longue abstinence chez un homme qui se laissa mourir de faim ; Monro (2) dit qu'elle est quelquefois la suite de la fièvre jaune ; et Desault (3) rapporte l'observation suivante : Dans le mois d'avril 1786, un malade couché dans la salle Saint-Charles, et affecté d'une fièvre putride, fut tout-à-coup saisi d'une difficulté d'avaler, telle que rien ne put parvenir à l'estomac. L'infirmier, craignant qu'il n'eût mangé quelque corps trop volumineux, alla chercher le chirurgien de la salle, qui n'apercevant rien dans le pharynx, voulut donner quelques fluides à boire au malade ; ils revinrent aussitôt par les narines, et pas une goutte ne pénétra dans l'estomac, indice probable de l'affection des muscles du pharynx, que la maladie avait momentanément paralysés. Appelé auprès de ce malade, Desault introduisit la sonde dont il se servait en pareil cas. Cet instrument permit facilement le passage des alimens, fut laissé en place, et donna au médecin, libre de toute crainte du côté de la déglutition, le temps de traiter la maladie et d'en obtenir la complète guérison.

La paralysie de l'œsophage survient souvent d'une manière subite. Pendant les efforts pour avaler, le corps des malades est agité, et quelquefois fortement convulsé : si cette paralysie est incomplète, ils éprouvent seulement de la difficulté à avaler les corps d'un petit volume, et réussissent quelquefois à faire pénétrer dans l'estomac des substances solides et même des liquides en certaine quantité à-la-fois, pourvu qu'ils les jettent d'un seul coup et promptement ; mais ils ne peuvent, ou qu'avec beaucoup de peine, avaler les mêmes substances lentement ou en petite quantité : le malade de M. Montaut, qui n'avait cependant qu'une paralysie incomplète, passait des heures entières pour avaler, en l'attirant par succion, une cuillerée de bouillie, la seule nourriture qu'il aimât ; tandis que Van-Sweiten (4) a vu des malades qui avalaient aisément les liquides lorsqu'ils en prenaient rapidement une quantité assez grande ; et Portal (5) en a observé un qui avait la plus grande peine à avaler de la semouille, du riz, etc., et qui avalait facilement du pain sec ou seulement trempé dans du bouillon. Quelquefois les malades sont obligés, pour faciliter le passage du bol alimentaire dans l'estomac, d'avaler un liquide après chaque bouchée. Hoffmann (1) a vu un cas de cette espèce, et un de nos collègues de Paris, M. Taiger nous a souvent parlé d'une femme à laquelle il donnait des soins, et qui, atteinte depuis plus d'une année d'une paralysie de l'œsophage, était obligée de boire chaque fois qu'elle voulait avaler quelque chose de solide.

Lorsque la paralysie est complète, la déglutition est tout-à-fait impossible, et malgré les efforts et les tentatives que font les malades pour avaler, le bol alimentaire s'arrête à la partie supérieure de l'œsophage et même dans le pharynx ; delà il peut passer dans les voies aériennes : il détermine alors de la toux, la suffocation et même l'asphyxie, ou bien il est chassé, dans l'expiration, par la bouche et par le nez. Il y a quelquefois des vomissemens ; c'est ce qu'ont observé MM. Breschet et Milne Edwards (2), à la suite de la section des nerfs de la huitième paire. Lorsque ces expérimentateurs faisaient passer un courant électrique par les bouts des nerfs divisés, les vomissemens n'avaient plus lieu. Dans ces cas on observe quelquefois un écoulement abondant de salive, qui tient à ce que les malades ne peuvent même pas avaler ce liquide. Wilson (3) et Collomb (4) ont observé ce symptôme.

Le plus souvent les causes de la paralysie échappent aux investigations du médecin, aussi le traitement est-il presque toujours entièrement empirique. Dans les cas, au contraire, où il est possible de remontrer à la cause première du mal, les indications thérapeutique se trouvent positivement fixées. Ainsi dans un cas de syphilis invétérée où, entre autres symptômes graves, existait une paralysie de l'œsophage que le docteur Wilson (5) attribua à une exostose considérable de la partie supérieure de la colonne vertébrable, comprimant les nerfs pneumo-gastriques, ce praticien eut, avec le plus grand succès, recours à un traitement anti-vénérien ; sous son influence, les exostoses des jambes, le gonflement des vertèbres et les autres symptômes disparurent bientôt, et le malade ne tarda pas à recouvrer la faculté d'avaler.

Parmi les moyens qui comptent quelques succès, il faut mettre en première ligne les excitans de toute sorte, et surtout l'électricité. Monro a, par ce dernier moyen, guéri plusieurs malades. Nous citerons le fait suivant. (6) : Un officier, à son retour des Indes occidentales, où il avait eu deux fois la fièvre jaune dans le cours d'une année, consulta l'auteur pour une difficulté dans la déglutition. Il avait beaucoup maigri, perdu en partie la faculté d'avaler, et était devenu si irritable, que les efforts de la déglutition produisaient chez lui une violente agitation, et quelquefois des accès hystériques. Une partie seulement des alimens qu'il essayait d'avaler passait dans l'estomac, le reste était im-

(1) Journal complémentaire. T. X, p. 87.
(2) *Morbid Anatomy of the Gullet*, etc., p. 36.
(3) OEuvres chirurgicales. Paris, 1801, in-8.° ; 2 vol, fig., T. II, p. 291.
(4) *Aphorism.* T. III, p. 349.
(5) Anatomie médicale. T. IV, p. 536.

(1) *Consult. et Respon. cent.* 1734, in-4.° T. I.er, p. 304.
(2) Archives de Médecine. T. VII, p. 198.
(3) Recueil périodique. T. XLV, p. 453.
(4) *Loc. cit.*, p. 31.
(5) Recueil périodique. T. XLV, p. 453.
(6) *Loc. cit.*, p. 290.

médiatement rejeté par la bouche et par le nez. Une sonde fut facilement passée à travers l'œsophage, mais occasiona beaucoup de gêne au malade. On eut recours aux lavemens nourrissans, et par-là on le soutint pendant quelque temps. On employa aussi l'électricité, et sous son influence la déglutition devint beaucoup plus facile pendant quelque temps; toutefois, ce ne fut que pendant qu'il était assis sur le tabouret électrique que le malade put avaler. L'emploi de l'électricité fut continué pendant quatre mois et par ce moyen, aidé d'un exercice convenable et des bains froids, on obtint une guérison complète.

On n'obtient pas toujours de l'électricité des résultats aussi favorables, et même Portal (1) et Collomb (2) l'ont vue déterminer des accidens qui forcèrent d'y renoncer.

Les excitans administrés sous toutes les formes ont réussi dans un cas rapporté par Lédillot (3). « Une demoiselle âgée de vingt-trois ans, d'une constitution molle, sujette à la leucorrhée, ayant ses menstrues régulièrement, mais en petite quantité, me consulta (c'est M. Sédillot qui parle) à l'occasion d'une maladie des organes de la déglutition, qu'elle éprouvait depuis quinze jours. Cette affection se caractérisait par les symptômes suivans : Impossibilité absolue d'avaler les alimens liquides, ou ceux ayant la consistance de bouillie, dont la déglutition ne se faisait que par des efforts presque convulsifs et extrêmement fatigans; impuissance, par conséquent, de prendre une quantité suffisante de nourriture, d'où amaigrissement, pâleur du visage, voix éteinte, et diminution sensible des forces. La luette et le voile du palais paraissaient pendans et sans ressort, ils semblaient être entraînés vers le pharynx par une force d'inertie que partageaient les muscles constricteurs de cet organe. La maladie jusqu'à cette époque n'avait pas été reconnue : on l'avait traitée empiriquement et sans succès par les vomitifs, les émolliens et les anodins. La malade fut examinée par MM. Bousquet, Bodin, Arrachart, Lédillot aîné, Roux, Nacquart et Ané, qui reconnurent l'existence des phénomènes qui viennent d'être exposés. Nous prescrivîmes le traitement suivant : application d'un large vésicatoire à la nuque, frictions, réitérées plusieurs fois par jour, avec un liniment composé de deux gros d'ammoniaque et de deux onces d'huile d'amandes douces; usage fréquent d'un gargarisme d'eau chargée d'une forte dose de moutarde en poudre; usage à l'intérieur de la même liqueur, prise par gorgée, régime analeptique dont un vin généreux faisait partie essentielle. Cette méthode de traitement eut l'effet desiré; l'action des parties s'est rétablie par degrés, et quinze jours suffirent à la cure. Cependant la luette et le voile du palais paraissaient encore à cette époque conserver du relâchement. Le traitement fut continué à quelques modifications près, et suivi d'un plein succès. »

Déjà un nommé Lœfler (4) avait proposé de traiter cette paralysie en touchant le fond du pharynx avec un plumasseau trempé dans la teinture de cantharides; et le docteur Coze, qui le premier eut l'heureuse idée d'appliquer les médicamens sur le derme dénudé, et qui peut être considéré comme l'inventeur de cette méthode thérapeutique, proposa en 1819 (1), de traiter les paralysies du pharynx et de l'œsophage, en appliquant un vésicatoire sur les parties antérieure et latérales du cou, de faire suppurer cette exutoire, et de le panser avec un onguent dans la composition duquel entrerait l'extrait alcoholique de noix vomique, à la dose de un à deux grains les premiers jours.

Lorsque la déglutition est complètement ou presque complètement suspendue, il faut soutenir les malades, non au moyen des lavemens nourrissans, qui sont toujours insuffisans, mais bien en injectant dans l'estomac des bouillons et des alimens sous forme liquide; c'est ainsi que Portal (2) s'est servi avec avantage d'une seringue armée d'un long tuyau de gomme élastique, et Beauve (3) de sa canelle œsophagienne. On peut encore, comme Villis (4) l'a fait avec succès pendant dix-huit ans sur le même malade, pousser dans l'estomac, au moyen d'une tige de baleine, le bol alimentaire parvenu au fond du pharynx. Baster eut recours au même moyen dans un cas de paralysie de l'œsophage qui avait résisté à divers moyens, et il eut plus tard la satisfaction de voir guérir le malade. Voici cette observation : Ce médecin, qui a exercé la médecine dans la Zélande, écrivait en 1682 à Vanderwiell (5), qu'il avait donné des soins à une fille de vingt-ans qui, après quelques accidens dont la nature n'est pas déterminée, fut prise de difficulté à avaler. Il soupçonna pour cause une excroissance ou glande endurcie, mais ayant passé dans l'œsophage une baleine armée d'une éponge, il ne reconnut aucun obstacle. Après avoir reconnu la paralysie des organes de la déglutition, et employé en conséquence divers médicamens, mais sans succès, M. Baster ordonna à la malade, qui avait beaucoup maigri, de manger quelques alimens et de les pousser au fond de la gorge, avec la langue autant qu'elle pourrait; il les faisait ensuite descendre dans l'estomac avec un instrument qu'il avait fait. Bientôt la malade put le faire elle-même, et continua cette opération pendant quatorze mois, temps au bout duquel, sans aucun moyen thérapeutique, elle recouvra la faculté d'avaler.

Ramollissement. Nous ne faisons qu'indiquer ici la place que devrait occuper l'histoire du ramollissement gélatiniforme de l'œsophage, dont nous nous occuperons dans un mémoire spécial, alors que nous aurons plus attentivement encore étudié cette importante matière. Cette réserve nous est commandée par les expériences toutes récentes du Docteur Carswell (6), sur le *ramollissement de l'estomac*, recherches qui ne tendraient à rien moins qu'à faire rayer cette affection du cadre nosologique. Mais, dès aujourd'hui, nous ne craignons pas de dire que la thèse soutenue par

(1) *Loc. cit.* T. IV, p. 536.
(2) *Loc cit.*, p. 31.
(3) Recueil périodique. T. XL, p. 181.
(4) Journal de Hufeland. T. III, p. 697.

(1) Remarques sur la noix vomique considérée comme médicament. Journal universel. T. XVI, p. 129 et 151.
(2) *Loc. cit.*, p. 537.
(3) Ancien Journal. T. XXXVIII, p. 542.
(4) Pharm. ration., p. I.re, sect. I, cap. 21.
(5) Obs. rares de médecine, trad. par Planque. T. II, p. 269.
(6) Journal hebdomadaire. T. VII, p. 321 et 525.

M. Carswell est beaucoup trop générale, et que plusieurs des conclusions de cet auteur se trouvent infirmées par des expériences auxquelles nous nous sommes livrés, et surtout par plusieurs observations bien authentiques de ramollissement gélatiniforme borné à la partie supérieure de l'œsophage, la portion inférieure de ce canal et tout l'estomac, y compris son grand cul de sac, étant dans l'état normal le plus parfait. Aussitôt que nous aurons assez multiplié ces expériences, nous reviendrons sur ce sujet, sur lequel, il nous semble, on a beaucoup trop promptement passé condamnation.

Perforations. — Peut-il se former dans l'œsophage de ces perforations spontanées, que l'on rencontre dans l'estomac et quelques autres points du tube digestif, et qui ont pour caractère d'être faites comme avec un emporte-pièce, d'offrir des bords noirs et taillés à pic? Nous n'en connaissons aucun exemple : toutes les lésions de l'œsophage, données par les auteurs, sous le nom de *perforation spontanée*, se rapportent évidemment à la gangrène ou au ramollissement de ses parois.

Mais l'œsophage est exposé à deux autres espèces de perforations ; l'une qui s'établit de dedans en dehors, et est toujours due à la présence de corps étrangers, et l'autre, qui se faisait de dehors en dedans, est produite par la dilatation anévrysmatique de l'aorte, par un abcès, etc. Nous nous sommes longuement étendu sur la première espèce de perforation, dans un mémoire relatif aux accidens déterminés par le séjour des corps étrangers dans l'œsophage, et nous y renvoyons (1). Celle qui est produite par un anévrysme de l'aorte nous semble devoir être attribuée à une sorte d'usure, sans travail inflammatoire. Cette explication ne sera peut-être pas admise par tout le monde ; mais c'est la seule qui nous ait paru raisonnable d'après la lecture des faits, desquels il résulte pour nous que la portion du tube œsophagien qui se trouve en contact avec le sac anévrysmal, se désorganise, s'amincit, s'use de plus en plus et finit enfin par se détruire complètement. Cette terminaison des anévrysmes de l'aorte pectorale, sur laquelle les ouvrages classiques ne contiennent presque rien, n'est pas très rare, et chose remarquable dans la presque totalité des cas, les malades n'ont éprouvé aucun gêne dans la déglutition, ce qui contredit l'opinion de la plupart des auteurs, même modernes, qui prétendent qu'on a souvent regardé comme dépendantes d'un rétrécissement organique de l'œsophage, des dysphagies qui tenaient à une dilatation de l'aorte. C'est pourquoi nous croyons devoir donner ici l'indication de tous les faits que nos lectures nous ont fait connaître (2).

Plusieurs fois des abcès développés dans le tissu cellulaire qui entoure l'œsophage se sont fait jour dans ce conduit. Guattani a observé un cas de cette espèce (1). Travers (2) rapporte aussi l'observation d'un individu chez lequel une tumeur s'était développée profondément sur le côté droit de la trachée artère, en recouvrant les gros vaisseaux. Le malade, vers la fin de sa vie, avait rendu du pus et du sang par la bouche et l'anus. A l'autopsie, on vit que le kyste, qui contenait du pus et du sang, communiquait avec l'œsophage.

Chez un garçon âgé de 3 ans, qui succomba à un état tuberculeux des poumons et des ganglions bronchiques, M. Leblond (3) trouva, entre autres lésions, à la partie antérieure de l'œsophage, un demi-pouce au dessus de la bifurcation des bronches, une ouverture circulaire, de deux lignes de diamètre, légèrement dilatable, et susceptible de recevoir une très grosse plume de dinde. Cette ouverture communiquait également avec une grosse division de la bronche droite. Les parens de l'enfant avaient dit, et l'auteur eut plusieurs fois occasion de s'en convaincre, que la déglutition des liquides était très pénible, et que toujours elle provoquait des quintes de toux ; ce n'était même que lorsque le liquide avait évidemment franchi l'isthme du gosier, que la toux survenait.

Enfin, M. Andral (4) a vu une ulcération de la trachée-artère perforer l'œsophage, de manière que ces deux conduits communiquaient librement l'un avec l'autre. Cette fistule trachéo-œsophagienne n'avait été annoncée que par une gêne peu considérable de la déglutition, et par une petite toux qui se manifestait chaque fois que le malade avalait.

Polypes. — Les polypes de l'œsophage sont beaucoup plus rares que ceux du pharynx. Graëf, Baillie, Schneider, Pringle, Monro, etc., ont observé cette maladie. Baillie (5) se borne à dire que le polype qu'il a vu avait une texture fibreuse, et que ses fibres étaient à angle droit avec la membrane interne d'où elle prenait naissance ; sa surface était ulcérée. Schneider (6) rapporte qu'à l'autopsie d'une femme âgée de 54 ans et morte de dysphagie, on trouva trois excroissances polypeuses dans l'œsophage. Ces tumeurs, longues d'un pouce à un pouce et demi, adhéraient à la membrane muqueuse, deux par un pédicule mince et une par une base large. Leur substance était charnue, et leurs pédicules assez fermes et blanchâtres. De Graëf (7)

---

(1) Archives de Médecine. T. XXIV, p. 388.

(2) Ephémérides de Montpellier. T. VI, p. 219. — Bulletin de la Soc. méd. d'Emulation de Paris. 1812, p. 14. — Bertin et Bouillaud, Maladies du cœur, p. 110. — Ouvrard, Diss. inaug. Paris, 1811, N.° 53, p. 25. — Bulletins de la Faculté. Année 1812. — Bibliothèque médicale. T. LIII, p. 68; et LIV, p. 343. — Fauconneau-Dufresne. Thèse. Paris, 1824, N.° 220, p. 25. — Sauvages, Nosographie méthodique. T. VIII, p. 81, édit. in-12. — Laennec, Traité de l'Auscultation. T. II, p. 404. — Transactions philosophiques. In-8.° T. II, p. 420. — Bulletin des Sciences médicales. 1808. II, p. 411. — London Medical and Physical Journal. P. LVIII, p. 96. — Medico-Chirurgical Transactions published by the Medical and Chirurgical Society. T. II, p. 244. — Recueil de Méd. militaire. T. XXII, p. 329.

(1) Mém. de l'Acad. de Chirurgie. T. III, p. 352.

(2) Journal complémentaire. T. III, p. 333.

(3) Recherches sur une espèce de phthisie particulière aux enfans. Thèse. Paris, 1824, N° 53, p. 21.

(4) Médecine clinique, T. II, p. 9, 1re édition.

(5) Anat. path., p. 102.

(6) Chirurgische Geschichte. Chemnitz, 1784, in-8.° et Ancien Journal. T. LXVII, p. 363.

(7) *Diss. illustrans historiam de callosâ excrescentiâ œsophagum obstruente.* Altorfii, 1764 ; in-4.°

a commenté l'observation suivante, qui semble prouver qu'ici encore une irritation souvent répétée a joué un certain rôle dans le développement du polype dont il est question.

Un homme menant une vie sédentaire, fort adonné au vin et à la pipe, ayant eu de nombreuses inflammations de la gorge et des amygdales, éprouvait depuis plusieurs années quelque difficulté dans la déglutition; les alimens, avant d'arriver dans l'estomac, étaient arrêtés pendant quelque temps. Cette dysphagie, tour-à-tour attribuée au spasme et à l'inflammation de l'œsophage, revint plus souvent vers l'âge de cinquante ans, et augmenta à un point que les alimens étaient rejetés après un court séjour dans ce conduit. Lorsque ce rejet n'avait pas lieu, l'accumulation des alimens faisait augmenter les angoisses du malade et faisait craindre la suffocation. Une médication variée, tour-à-tour antispasmodique et émolliente, ne procura aucun soulagement, et le malade succomba dans le marasme. — *Autopsie.* On trouva près le cardia, et naissant de la membrane interne de l'œsophage, une tumeur blanchâtre, dure, de la largeur et de la grosseur du pouce. Cette tumeur avait la forme d'un cône dont le sommet était dirigé vers le cardia : elle bouchait entièrement l'œsophage. Tous les autres organes étaient sains.

Pringle (1) cite un fait qui, sous le rapport de la cause et des symptômes, a la plus grande analogie avec le précédent. Le polype, qui s'étendait jusqu'au cardia, prenait naissance à la partie moyenne de l'œsophage, qu'il remplissait si bien qu'on pouvait à peine faire pénétrer un stylet dans l'estomac.

Enfin Monro (2) rapporte une observation qui doit nous intéresser d'autant plus que la maladie fut parfaitement reconnue, et qu'il pratiqua avec succès la ligature du polype : Jacques Davidson, âgé de 68 ans, fut admis à l'hôpital pour un polype de l'œsophage. En examinant le gosier, on ne découvrit rien d'extraordinaire ; mais en irritant le pharynx, et en produisant des efforts de vomissement, une longue excroissance charnue apparaissait dans la bouche et venait toucher les dents; elle était formée de quatre parties réunies à leur base, d'une texture ferme, charnue et très élastique. Lorsque le polype apparaissait ainsi au-dehors, il bouchait le larynx : le malade ne pouvait rester plus d'une minute dans cette situation. Pendant plusieurs années cette excroissance polypiforme rendit la déglutition difficile, la respiration moins libre, la parole moins distincte, et produisait souvent des quintes de toux qui la chassaient dans la bouche. Dans une consultation, il fut décidé que l'on pratiquerait la trachéotomie, pour que le malade pût respirer pendant le temps nécessaire pour passer une ligature autour de cette végétation polypiforme. Cette ligature fut placée, et une grande partie de la tumeur fut séparée et rejetée avec les selles. Deux ans après le malade rentra à l'hôpital; il était faible et émacié. Depuis plusieurs mois il n'avait pu avaler d'alimens solides, et même les liquides ne passaient qu'avec peine. Il succomba bientôt. — *Autopsie.* L'œsophage était fortement distendu par une masse charnue, ou polype, qui s'élevait de sa partie antérieure, trois pouces environ au-dessous de la glotte. Simple à sa base, il se divisait bientôt en deux portions, dont la plus longue et la plus large s'étendait jusqu'à l'orifice supérieur de l'estomac.

D'après la disposition du polype, l'auteur pense que, dans les efforts du vomissement, c'était la portion la plus longue qui était chassée dans la bouche : ce qui paraît confirmer cette opinion, c'est qu'à son extrémité on apercevait une cicatrice qui semblait indiquer que c'était de là qu'avaient été séparées, par la ligature, les quatre têtes qui apparaissaient dans la bouche, et qui furent rejetées avec les selles.

Monro n'a point indiqué, dans l'ouvrage d'où nous tirons ce fait, le procédé opératoire qu'il mit en usage, mais on le trouvera décrit dans un journal (1) où il publia pour la première fois son observation.

Ce fait démontre que, alors même qu'il est impossible de passer une ligature directement sur le pédicule du polype, il est toujours avantageux de retrancher tout ce qui apparaît. Lorsque le polype prend naissance sur un point de l'œsophage très rapproché du pharynx, il doit être possible de le lier à sa base même : et ici sans doute on pourrait avec avantage employer une des nombreuses méthodes proposées pour la ligature des polypes de la gorge, en la modifiant selon les circonstances. C'est ce que Dallas (2) et Hoffer (3) ont fait avec succès. Mais ici encore on devra surveiller attentivement le malade, alors que le pédicule sera presque entièrement coupé; car un homme sur lequel on avait lié un polype de la gorge, fut trouvé mort dans son lit quelques jours après. A l'ouverture de son cadavre, on trouva le polype, dont le pédicule avait été coupé, remplissant presque toute la partie supérieure du pharynx, et fermant exactement l'ouverture de la glotte (4).

Tumeurs squirrheuses développées entre les tuniques de l'œsophage. — Des masses squirrheuses peuvent se former entre les membranes qui constituent l'œsophage et les intestins. Deux fois M. Andral (5) a trouvé entre les tuniques de l'intestin grêle et sous la muqueuse, des lipômes analogues aux sous-cutanés ; une autre fois le même anatomiste (6) a rencontré vers l'union des colons tranverse et descendant, une masse indurée de tissu cellulaire qui soulevait la membrane muqueuse, et obstruait en grande partie le calibre de l'intestin. Même altération a été vue dans l'œsophage par Hélian (7). Il s'agit d'un homme qui, tourmenté depuis quelques années d'une dysphagie telle que très peu d'alimens pouvaient passer dans l'estomac, fut soutenu pendant quelque temps au moyen de lavemens nourrissans, et succomba dans le marasme. A l'autopsie, on trouva dans la partie de l'œsophage située derrière la bifurcation de la

(1) Essais et Observations de méd. de la Soc. d'Edimbourg. T. II, p. 404.

(2) *Loc. cit.*, p. 426.

(1) *Edinburgh medical litteray Essary.* T. III, p. 212.

(2) *London medical Journal.* Année 1771.

(3) *Acta Helvetica.* T. I.er

(4) P.-A. Dubois, Propositions sur diverses parties de l'art de guérir. Thèse. Paris, 1810, N° 104, p. 8.

(5) Anatomie pathologique. T. Ier, p. 350.

(6) Ibidem. T. II, p. 154.

(7) Mém. de la Soc. roy. de Méd. Année 1777, p. 217.

trachée-artère, une tumeur squirrheuse de la longueur de trois pouces sur deux de circonférence, renfermée entre la seconde et la troisième tuniques de l'œsophage, dont elle avait entièrement effacé l'ouverture.

Sans doute le diagnostic d'une semblable lésion serait difficile à établir; mais si on arrivait à un degré de certitude suffisant, conviendrait-il de tenter quelque opération chirurgicale? Le fait suivant fourni par la chirurgie comparée devrait peut-être y encourager : M. Dandrieu, vétérinaire à Lavardac (Lot-et-Garonne) rapporte (1) avoir fait avec succès l'extirpation d'une tumeur squirrheuse développée dans l'épaisseur des tuniques de l'œsophage d'un bélier. Cette tumeur adhérait à la face externe de la membrane muqueuse, et par son volume et sa densité constituait en dedans du canal une proéminence qui mettait obstacle à la déglutition. La guérison eut lieu au bout de dix-huit jours. La tumeur fut entièrement isolée des parties avec lesquelles elle était en contact; son volume égalait celui d'un œuf de poule.

Dégénération cartilagineuse et osseuse.—La première dégénération est ordinairement bornée à une étendue très circonscrite de l'œsophage, et même dans la généralité des cas, il n'existe qu'un anneau cartilagineux. Beckers (2), Baldinger (3), Bang (4), Blancard (5), Andral (6), Gyser (7), etc., ont rapporté des cas de cette espèce. Dans l'observation de M. Andral, la masse cartilagineuse était développée au-dessous de la masse muqueuse, et se confondait peu-à-peu avec du tissu cellulaire simplement épaissi et induré. Celle de Gyser est accompagnée de quelques détails, ce qui nous engage à la rappeler succinctement : un homme âgé de 50 ans environ, qui *vivait plutôt pour boire qu'il ne buvait pour vivre*, s'était dès son bas-âge adonné aux liqueurs fortes. Ce goût ne fit qu'augmenter avec les années, au point qu'il lui a été impossible, comme il le disait lui-même, de pouvoir vivre sans sa boisson favorite. Vers l'âge de 35 ans, il se plaignit d'une douleur violente à la région précordiale, et de gêne légère dans la déglutition, mais qui fit des progrès si rapides, que bientôt les liquides seuls purent passer à travers l'œsophage. Tel était l'état du malade lorsqu'il entra à l'hôpital, où il ne se plaignit jamais que des symptômes dont nous venons de parler. Mais la déglutition devint de plus en plus difficile, et peu de temps après avoir ingéré des alimens, ce malheureux les rejetait avec une grande quantité de mucosités et de fluide salivaire : il périt bientôt d'inanition. — *Autopsie.* A l'endroit où la trachée-artère se bifurque, l'œsophage adhérait à droite et à gauche à deux glandes bronchiques dures et hypertrophiées : à-peu-près au milieu de sa longueur existait un anneau cartilagineux qui rétrécissait ce canal, au point qu'il pouvait à peine admettre une petite sonde.

La dégénération cartilagineuse peut aussi occuper toute l'étendue de l'œsophage. Ainsi Desgranges (1), en disséquant le cadavre d'un individu dont il n'avait pas suivi la maladie, trouva l'œsophage desséché et cartilagineux dans toute son étendue, terminé inférieurement, au-dessus du cardia, par un anneau de même densité, mais avec plus de relief. Morgagni (2) rapporte, d'après V. Garnia, l'histoire de la dissection, faite en Allemagne, du cadavre d'un prince dont l'œsophage était membraneux à l'extérieur et cartilagineux à l'intérieur, et même osseux vers l'estomac, dans l'étendue d'un pouce. Cependant ce prince avait vomi tous les jours, deux heures après les repas, pendant les deux dernières années de sa vie; mais il ne s'était jamais plaint de difficulté à avaler. Sans doute que, dans ce cas, l'œsophage avait conservé son diamètre ordinaire, car Sampson (3) dit avoir trouvé, à l'autopsie d'une femme qui depuis longtemps était atteinte de dysphagie, tout le canal de l'œsophage cartilagineux, depuis la region des clavicules jusqu'à l'estomac; son diamètre pouvait à peine admettre l'introduction d'une soie de porc.

Quant à la dégénération osseuse, l'observation de Morgagni démontre qu'elle n'est qu'un degré plus avancé de la transformation précédente. Monro (4) rapporte un cas de cette espèce qui se trouve décrit dans le catalogue de Walter, de Berlin, sous le N° 1530; et Metzger (5) a rencontré l'œsophage osseux dans presque toute son étendue, chez un postillon très adonné aux liqueurs alcooliques, et qui, longtemps avant sa mort, avait été tourmenté par une grande difficulté d'avaler.

(1) Bibliothèque médicale. Partie vétérinaire. T. V, p. 229.
(2) *Miscell. Cur.* Année 1653, p. 53.
(3) Haase. *Diss. de deglutitione difficili.* Getting. 1781, in-4°, p. 17.
(4) *Acta soc. med. Hafniensis.* T. I.er
(5) *Praxis medica.* T. II, p. 2.
(6) Anatomie pathologique, T. I.er, p. 276.
(7) *De fame lethali ex callosâ œsophagi augustiâ.* Argentorati, 1770, in-4°, p. 16.

(1) Journal de Boyer, Corvisart. T. IV, p. 203.
(2) Du Siège des maladies, trad. T. V, p. 44.
(3) Misc. cur. Ann. 1613, p. 170.
(4) *Loc cit.*, p. 447
(5) *Adversaria. medica.* t. Ier, p. 175.

Considérations sur l'histoire et la nature de la plique, extraites d'un mémoire polonais inédit du docteur MARCINKOWSKI;

Par A. BRIERRE de BOISMONT (6).

Parmi les affections morbides qui par leur forme extérieure, leur origine et leur mode de développement, encore inconnus, attirent depuis plusieurs siècles l'attention des

(6) Lorsque j'arrivai en Pologne, je m'occupai presqu'aussitôt de vérifier les opinions émises dans les livres, au sujet de la plique. Malheureusement cette infirmité est rare à Varsovie. Aussi n'eus-je l'occasion de l'observer qu'un petit nombre de fois. Mais dans tous les cas, je vis que son apparition coïncidait avec une maladie de l'organisme. Les conversation que j'eus avec plusieurs médecins éclairés achevèrent de me persuader que la plique n'était point une ma-

observateurs, il faut sans contredit placer la plique. Toutes les recherches faites jusqu'à présent n'ont pu changer l'opinion consacrée par les traditions polonaises, que la plique est une maladie particulière à ce pays, indéfinissable quant à sa nature et à sa théorie, sans remède spécifique, malgré les nombreuses recettes de l'empirisme. C'est un préjugé presque généralement établi, qu'il est inutile de consulter les médecins pour ce mal. Aussi le peuple a-t-il le plus souvent recours aux pratiques superstitieuses dans lesquelles il a la plus aveugle confiance, et qui par cela même calment quelquefois ses souffrances physiques.

Sous le rapport pathologique, on n'a pu classer convenablement cette singulière affection, parce que l'idée d'après laquelle on étudiait sa nature et ses formes nombreuses n'était pas basée sur une observation impartiale, mais sur l'opinion arrêtée d'avance que la plique était une maladie particulière et essentielle. Ainsi, au lieu de rechercher ses rapports avec les différens états morbides de notre organisation, on commençait par constater et mettre en ordre ses symptômes pathognomoniques, et, après les avoir pour ainsi dire trouvés, on se donnait toutes les peines possibles pour former une théorie à l'aide de laquelle les différentes complications de la plique pussent être suffisamment expliquées. L'opinion, erronée selon nous, de considérer la plique comme une maladie *sui generis*, ou, ce qui est la même chose, comme le phénomène extérieur d'une affection particulière, tire sans doute son origine d'une tradition historique qui veut qu'elle ait été importée au treizième siècle, en Pologne, par les Tartares.

Les écrivains qui se sont occupés de la plique citent en faveur de cette hypothèse les plus anciens historiens polonais, Dlugosz et Kromer. Il nous serait impossible de faire connaître le premier des médecins qui, après avoir mal compris le passage en question, établit son interprétation comme une autorité. Mais il arriva ce qu'on observe presque toujours dans des cas semblables : ceux qui vinrent après copièrent la citation, sans vérifier son authenticité, et le temps finit par lui donner force de loi. Cependant si l'on eût relu avec soin les historiens cités, on eût seulement trouvé que vers les années 1285 à 1288, les Tartares, en quittant la Pologne et la Russie, après les avoir ravagées, encombrèrent les fleuves et es eaux stagnantes de cadavres qui occasionèrent une maladie pestilentielle et mortelle. Mais dans la description de cette grande épidémie, il n'existe pas un mot qui fasse la moindre allusion à la plique. Nul, parmi les anciens médecins polonais qui ont écrit sur la plique, ne fait mention de cette origine tartare; c'est donc à tort que J. Frank, d'après Sprengel, a voulu donner crédit à cette singulière assertion.

Déjà cependant en 1662, Théodore Skuminowski avait attaqué cette opinion dans une lettre adressée à Plempius (*voy.* l'ouvrage de ce dernier, intitulé : *Vospici Fortunati Plempii, de morbis capillorum et unguium, Tractatu*, Lovani, 1662). 150 ans plus tard, M. le docteur Raisin appela de nouveau l'attention sur cette fausse interprétation des originaux. (*Recherches sur la plique polonaise*, par M. Raisin, *Annuaire de la Société de Médecine d'Evreux*; 1809, p. 127.) Enfin M. le docteur Weese a publié également sur ce point de laborieuses recherches fort instructives.

En examinant nous-même avec attention pendant plusieurs années les rapports qui lient l'intrication des cheveux aux différentes maladies, nous n'avons jamais pu constater un seul fait qui montre que la plique puisse se communiquer d'un individu à un autre. Aussi nous a-t-il été impossible de concevoir qu'on ait pu, six siècles auparavant, gagner par voie de contact une maladie qui de nos jours n'est point contagieuse, et qui n'a jamais paru sous forme épidémique. Remarquant, d'ailleurs, que cette affection se borne à une partie circonscrite de l'Europe, il est plus naturel de chercher son origine dans l'influence de phénomènes telluriques et atmosphériques particuliers à cette contrée. Cette influence des localités paraît évidemment remontrer à une époque plus ancienne que le 13e siècle, puisqu'on trouve dans l'histoire polonaise une coutume religieuse générale dans ce pays, avant l'introduction du christianisme, et qui rend très bien compte de ce que nous observons encore aujourd'hui lors de la coupe prématurée de la plique. Cette coutume, connue sous le nom de *postrzyzyny*, imposait aux parens l'obligation de ne point tailler les cheveux de leurs enfans avant la septième année. A cet âge seulement, ils les leur coupaient dans une cérémonie où ils recevaient un nom. N'est-il pas raisonnable de croire que cette défense avait été faite à cause des accidens qui suivent encore de nos jours l'enlèvement prématuré de la plique? L'histoire des différens peuples de la terre nous apprend, en effet, que les cérémonies religieuses de ce genre tirent le plus ordinairement leur source de quelque principe sage, conforme aux préceptes de l'hygiène, auquel la prudence des législateurs, basée sur l'expérience des siècles, a voulu donner pour aide la sanction religieuse. Ne voyons-nous pas encore tous les jours des enfans atteints d'affections scrofuleuses présenter, en même temps, l'intrication des cheveux? Cette complication les préserve d'inflammations violentes aux yeux, aux oreilles, d'éruptions à la peau, qui, sans la plique, s'observeraient bien plus fréquemment et prendraient un caractère plus grave et plus dangereux, si elle était retranchée prématurément. Mais lorsqu'avec les progrès de l'âge, les traces de la constitution scrofuleuse s'effacent, il se fait du côté de la tête des changemens remarquables; les cheveux poussent sains de la racine, n'offrent plus de disposition à se coller, et peuvent être coupés sans péril pour la santé.

Ces considérations historiques, qui mériteraient d'être plus approfondies, nous paraissent cependant démontrer l'insuffisance des preuves alléguées par les écrivains qui ont soutenu l'importation tartare. Nous attachons d'autant plus d'importance à cette réfutation, qu'elle nous sert, pour ainsi dire, de base pour établir nos idées sur la nature de la plique. Mais en rejetant l'hypothèse de Sprengel, nous

---

ladie *sui generis*, mais qu'elle était toujours liée à une altération quelconque de l'individu. Un séjour de quelques mois ne pouvait me fournir de renseignemens suffisans; je priai mon ami le docteur Marcinkowski, qui partageait ma manière de voir, de vouloir bien me faire connaître les résultats de son expérience sur cette maladie; c'est l'extrait de son travail que je présente ici.

croyons devoir dire quelques mots sur l'époque où la plique paraît avoir été observée pour la première fois. Le docteur Weese, dont le travail est plein d'érudition, lui assigne pour point de départ les années 1585 à 1595 (*Rust's Mag. für die gesammte Heilkunde*, Band 25, 1827.) Mais on lit dans les remarques de J. Chlendowski (*Mémorial medical de Varsovie*, 1828), que plusieurs anciens médecins polonais, tels que Albert-Oczko, Sicrenius et Clachowski parlent de la plique avant cette époque. Weese fonde son opinion sur la lettre de Starnigelius, recteur de l'université de Zamosc, écrite en 1599, aux médecins de Padoue, *de Plicâ*. Mais, dans cette lettre, Starnigelius ne parle point de l'origine de la maladie; il dit seulement que c'est dans ce temps qu'elle a commencé à se répandre dans toute la Pologne; qu'auparavant elle était peu grave et bornée aux parties comprises entre la Hongrie et la Pokutie. Il est bon de remarquer que c'est précisément à la même époque que la syphilis s'est montrée en Pologne, et aujourd'hui même encore nous trouvons souvent la plique liée à cette affection. N'est-il pas présumable que l'attention des médecins, éveillée dès-lors sur la syphilis, a fait étudier avec plus de soin les phénomènes de la plique, et ceci nous paraît d'autant plus probable que toutes les affections citées par Starnigelius comme symptômes de la plique, ne sont autre chose que des formes de la maladie syphilitique, et il ajoute d'ailleurs que la plique attaque les individus atteints de syphilis et leurs enfans.

Nous ne nous arrêterons pas plus long-temps sur les faits relatifs à l'origine de la plique: sa nature, voilà la question dont nous allons maintenant nous occuper; mais ici nous devons établir deux divisions importantes: 1.° considérer la plique comme une affection des cheveux toute locale; 2.° rechercher ses rapports avec l'organisation.

A l'extérieur, la plique attaque les organes qui appartiennent aux systèmes épidermoïde et pileux, et leur sécrétion qui dans l'état normal fournit la matière cornée, altérée par une cause inconnue, donne lieu au feutrage des cheveux et à l'endurcissement des ongles. Cette altération avait été attribuée à tort à la malpropreté: c'est ce que savent très-bien les médecins militaires qui renvoient dans leurs foyers les recrues atteints de la plique; aussi cette hypothèse est-elle maintenant abandonnée. Ne soyons pas trop exclusifs, car l'observation nous prouverait qu'il est des cas de plique, et ce sont ceux qui ont reçu le nom de fausse-plique, qui reconnaissent la malpropreté pour cause. Ici cependant des différences existent; ainsi dans la vraie plique, les plus grands efforts ne sauraient rendre aux cheveux leur état primitif, tandis que dans la fausse on parvient facilement à les démêler. De plus, dans la vraie plique les cheveux perdent leur élasticité, leur lustre; ils prennent un aspect marbré, et malgré la matière glutineuse qui les mêle et les colle de mille manières, ils n'en sont pas moins secs, à l'exception de la racine qui est imprégnée d'humidité pendant la durée de la sécrétion de la matière cornée altérée. Ces caractères concis suffisent cependant pour donner une idée exacte de la plique telle qu'elle est aujourd'hui, et c'est seulement dans les journaux qu'il faut aller chercher ces descriptions bizarres de cheveux qui saignent lorsqu'on les coupe, et qui sont doués d'une sensibilité extraordinaire.

La plique peut se montrer sous une autre forme que nous regardons comme sa seconde période. Dans cet état le feutrage des cheveux ne touche plus au cuir chevelu; il en est séparé par des cheveux sains qui ont poussé de la racine; la sécrétion cornée s'est arrêtée. Lorsque cette croissance a atteint quelques pouces, on peut couper les cheveux sans qu'il en résulte d'inconvénient pour la santé. C'est à cette forme de la plique que se rapportent sans doute les expériences de Davidson, qui affirme en avoir coupé un grand nombre, sans que les individus en aient éprouvé de mal. D'autres variétés, fondées sur les formes extérieures et sur le lieu qu'elles occupent, ne nous paraissent pas devoir fixer l'attention; nous ferons seulement observer qu'elles dépendent des différences que présentent les cheveux dans leur longueur, dans leur disposition à se friser, et dans l'intensité du mal.

L'endurcissement des ongles accompagne quelquefois la plique; il paraît se montrer comme une addition supplémentaire à la sécrétion des cheveux.

Si les développemens dans lesquels vous venons d'entrer ont bien fait connaître notre pensée, on doit déjà entrevoir que la plique est une maladie propre aux cheveux et aux ongles, mais non existante par elle-même, ainsi que nous le prouverons plus loin. Encore une fois, si la plique était une maladie essentielle, pourquoi les médecins qui l'ont considérée comme telle n'ont-ils jamais pu réussir à en tracer une bonne description? Nous n'avons pas besoin d'ajouter que nous rangeons dans la même classe ceux qui l'attribuent à un virus spécial.

Lorsqu'on prend un à un les individus qui sont atteints de la plique, on acquiert la certitude qu'ils ont tous présenté ou présentent encore les signes des maladies aiguës ou chroniques qu'on observe dans les autres parties de l'Europe; mais si le retour à la santé a lieu, la sécrétion morbide des cheveux s'arrête, ceux-ci recommencent à pousser à l'état normal, et la plique peut alors être séparée de la tête sans aucun inconvénient. Nous n'hésitons pas à le dire, parce que les faits sur lesquels nous nous appuyons sont nombreux, les observations des médecins qui prétendent avoir vu la vraie plique sur des individus sains sont superficielles et insuffisantes; et quiconque offre cette lésion est ou a été nécessairement atteint de quelque trouble dans les fonctions. Cette vérité avait d'ailleurs été entrevue par les écrivains qui ont fait de la plique l'objet de leurs recherches, car ils disent qu'avant de se montrer sous la forme pathognomonique, la plique prend toujours le masque d'une autre affection connue. N'est-ce pas là annoncer qu'elle se manifeste comme symptôme ou mieux comme terminaison des maladies? Des sueurs n'apparaissent-elles pas de la même manière dans une foule de lésions, et personne cependant ne s'est encore avisé d'en faire une maladie essentielle?

Frappés des rapports qui lient la plique aux affections morbides connues, plusieurs médecins, parmi lesquels nous citerons M. Lebrun, ont cherché à l'isoler de ses complications. Voici comme s'exprime ce praticien dans son *Essai médical sur la plique polonaise*, pag. 16, Paris 1817: « Il n'est point étonnant, dit-il, que plusieurs médecins, en lisant les descriptions de la plique, surchargées d'une quantité innombrable de symptômes, l'aient regardée comme un

protée susceptible de se présenter sous toutes les formes imaginables. Un examen attentif de ces descriptions nous fait voir que leurs auteurs ont rapporté les symptômes de la maladie sans avoir égard à l'ordre de leur succession; qu'ils n'ont point distingué les accidens dus à la section prématurée des cheveux, de ceux qui se présentent pendant la marche ordinaire de la maladie, et enfin qu'ils se sont laissé induire en erreur par des complications d'autres maladies avec la plique, qui en ont masqué les symptômes précurseurs. — Tels sont les argumens cités par ceux qui font de la plique une maladie essentielle : nous y avons déjà répondu; la suite de ce mémoire achèvera de montrer qu'elle confiance on doit accorder à cette opinion.

Ceci posé, pour rendre aussi brièvement que possible nos idées sur la nature de la plique, que nous considérons comme une affection morbide, n'apparaissant qu'à la suite des diverses autres lésions; et, pour en donner une définition qui exprime ses rapports de causalité avec ces maladies, nous ne saurions lui trouver une dénomination plus convenable que celle de *crise endémique locale*. L'exactitude de cette opinion ressortira dans tout son jour de l'examen des différentes manières sous lesquelles la plique se montre constamment comme phénomène critique, en même temps qu'elle fera voir son affinité avec les efforts critiques observés dans d'autres pays.

En première ligne nous rangeons cette forme que la plupart des auteurs ont admise comme incontestable, et dans laquelle la plique se montre à la fin des maladies graves comme une crise parfaite. Ce sont des affections aiguës, qui, après avoir atteint leur plus haute période d'intensité, malgré les soins les plus éclairés, perdent tout-à-coup leur violence à l'apparition d'hémorrhagies abondantes, de fortes sueurs, de dévoiement, de dépôts visibles dans l'urine; et quelquefois de salivations spontanées. Sous l'empire des mêmes circonstances, nous avons vu survenir en peu de temps, quelquefois même en douze heures, l'intrication des cheveux, phénomène que nous étions forcé de considérer comme une crise favorable aux malades qui quelques momens avant semblaient déjà avoir un pied dans la tombe.

Tous ces cas ont été observés chez des hommes jeunes, dont la constitution était vigoureuse, et qui ont présenté des inflammations violentes du cerveau et de la poitrine, ou des affections de l'abdomen qui avaient précédé ou accompagné des fièvres graves. Dans ce dernier cas, nous n'avons jamais noté de symptômes particuliers qui aient annoncé la crise par l'intrication des cheveux; elle n'en a pas moins paru, masquée par l'augmentation des souffrances, et une certaine inquiétude qui agite alors les malades; l'irritabilité qu'on observe souvent avant la formation de la plique ne peut servir ici d'indice, à cause de l'abolition de la sensibilité. Il est deux mouvemens critiques qui par leur nature nous ont paru avoir beaucoup d'analogie avec cette forme de la plique. L'un d'eux consiste dans une éruption vésiculeuse autour des lèvres, dont l'apparition coïncide assez fréquemment avec la cessation brusque des affections connues sous le nom de fièvres gastriques; l'autre s'annonce par la formation de plaques gangréneuses sur les parties du corps soumises à la pression. Dans deux observations de ce genre où les individus semblaient voués à un mort certaine, l'apparition de ce phénomène chez l'un des malades, le onzième jour, et chez l'autre le quatorzième, a déterminé une convalescence rapide.

Pour compléter ce que nous venons de dire sur le développement de la plique, considérée comme crise parfaite des maladies aiguës, nous devons ajouter que nous rangeons dans la même catégorie les cas fort nombreux où la plique, non pas par elle-même, mais réunie à d'autres sécrétions critiques, contribue avec elles à la guérison.

La seconde espèce de plique, considérée comme crise, diffère seulement de la première par ses progrès lents, conformes à la nature des affections. Presque toutes les maladies chroniques, en effet, sont le résultat d'une affection aiguë qui fort souvent est insignifiante au début et ne fixe point l'attention, surtout dans l'enfance. Mais à la longue, les attaques du mal se répétant, l'organisation finit par en présenter des traces visibles. D'autres fois, il arrive que des maladies aiguës dont le siége, l'étendue et la force nous sont parfaitement connues ne se terminent ni par la mort du sujet, ni par des crises salutaires, mais arrêtées dans un degré quelconque de leur cours ordinaire, elles laissent les organes qu'elles ont attaqués dans un état morbide sensible. Telle est la classe des maladies inflammatoires qui présente si souvent dans son cours les obstructions des viscères. En considérant les moyens dont se sert alors la nature pour triompher des obstacles qui s'opposent au jeu des fonctions, nous retrouvons cette tendance aux excrétions critiques qui existe dans les maladies aiguës qui ont parcouru régulièrement leurs périodes. — L'art lui-même dans ces circonstances se propose de seconder la nature et de faciliter l'évacuation de la matière morbide. Les vésicatoires, les fonticules, ne sont que des excrétions critiques artificielles.

C'est précisément dans les mêmes conditions que la plique se montre en Pologne, surtout parmi les paysans et les habitans pauvres des villes : ces malheureux, privés des prompts secours de la médecine, ignorant la nécessité d'y recourir à une époque où il serait facile d'empêcher leurs maux de passer à l'état chronique, aveuglés par le préjugé et l'incrédulité, s'obstinent à ne pas réclamer l'assistance des hommes de l'art, et s'en prennent à la plique de leurs maux. Pour reconnaître la vérité de ces observations, il suffit de se rappeler la rareté de l'intrication des cheveux chez les personnes des classes aisées, soumises cependant aux mêmes maladies, mais qui, par leur position, ont mille ressources à leur opposer; et si les femmes présentent plus souvent cette altération, cela s'explique par le plus grand nombre d'affections chroniques, en apparence insignifiantes, auxquelles elles sont sujettes après leurs couches.

Quelques faits feront mieux concevoir cette heureuse influence de la plique sur la terminaison des maladies chroniques. — Un colporteur juif, du grand-duché de Posen, présentait depuis plusieurs années des symptômes d'aliénation mentale; les fonctions nutritives s'étaient altérées; tout-à-coup se développent les phénomènes de la plique; la raison et la santé reviennent plus florissantes que jamais. M. le docteur Malcz, un des premiers praticiens de Varsovie, m'a raconté, parmi un grand nombre de faits, le suivant : la femme d'une colonel, considérée par tous les praticiens de

la ville comme phthisique, était parvenue à un degré extrême d'émaciation, lorsque les symptômes de la plique commencèrent à se montrer; bientôt les cheveux se feutrèrent et formèrent des paquets épais. A peine les premiers indices de la plique eurent-ils été reconnus par M. Malez, qu'il remarqua que la maladie de poitrine diminuait d'intensité; elle avait entièrement cessé avec la plique parfaite. Au bout d'un an l'intrication des cheveux s'arrêta, on put débarrasser la malade de sa plique, et six ans après la santé n'était point encore altérée. Nous croyons devoir rapprocher de ces faits ceux que nous avons observés à la Salpêtrière et dans plusieurs maisons de santé, relativement à la cessation de la phthisie, lorsque l'aliénation mentale éclatait. Chez quelques femmes phthisiques depuis plusieurs années, la maladie de poitrine restait stationnaire dès que la folie se manifestait, et aussitôt que le délire cessait l'altération pulmonaire continuait ses progrès. Mead avait également fait cette remarque.

Plusieurs écrivains ont émis l'opinion que la plique est maintenant plus rare qu'autrefois, qu'elle se montre sous des formes beaucoup moins graves, et que selon toute apparence elle finira par disparaître entièrement. On ne saurait se dissimuler que depuis environ cinquante ans, la médecine, cultivée par un plus grand nombre d'hommes instruits, n'ait été étudiée en Pologne d'une manière plus philosophique qu'on ne l'avait fait jusqu'alors, et que par cette raison les règles de l'hygiène et de la médecine n'aient été mieux dirigées et mieux appliquées, surtout dans les villes. Mais il n'en est plus ainsi, lorsqu'on pénètre dans la demeure de l'artisan ou dans la cabane du paysan, là se retrouve toute l'influence fâcheuse des maladies chroniques. — Les hôpitaux militaires nous fournissent la meilleure preuve qu'on peut, par des soins convenables, prévenir chez les soldats la formation de la plique, comme phénomène critique. En effet, ces militaires, presque tous fils de laboureurs, présentent rarement dans ces hôpitaux les signes de l'intrication qu'ils eussent infailliblement offerts dans la cabane de leurs pères. A quoi cela tient-il? A l'habitude où sont les médecins militaires d'attaquer énergiquement les maladies aiguës dès leur commencement, et de prévenir ainsi les terminaisons chroniques.

Mais avant de passer outre, nous devons répondre à deux objections qu'on ne manquera pas de nous faire: La plique devenu un véritable corps mort, et ayant perdu son rapport de causalité avec l'organisme, peut se renouveler sans qu'il se développe une autre maladie; en second lieu, la maladie primitive peut être guérie radicalement, et la plique continuer son développement, quelque bien portant que paraisse l'individu. Pour bien comprendre le premier de ces deux cas, il ne faut pas oublier qu'il survient, dans les maladies chroniques, des temps d'arrêt, pendant lesquels la source du mal n'est pas entièrement disparue, mais seulement stationnaire. Cet état de santé relative dure jusqu'à ce qu'une cause quelconque réveille le mal qui n'était qu'assoupi. C'est ce qu'on observe dans les tubercules pulmonaires, dans les tumeurs enkystées des viscères, dans les indurations, etc. Le même phénomène se remarque dans le mouvement critique de la nature qui se manifeste par la plique; celle-ci, n'ayant plus son point de départ, cesse jusqu'à ce qu'une circonstance nuisible reproduise la maladie première; l'autre cas est pour ainsi dire l'opposé du premier. Ainsi, le malade, après de longues souffrances chroniques, peut avoir entièrement recouvré la santé, et cependant la sécrétion de la matière cornée persiste dans les cheveux; l'économie s'accoutume alors à cette sécrétion morbide, et la plique revêt les caractères d'une affection purement locale. Mais ces cas rares exigent la plus grande attention, pour qu'on acquière la certitude que les individus ont réellement recouvré la santé. Les mêmes particularités se remarquent dans certaines éruptions cutanées, chroniques et opiniâtres, qui persistent longtemps après les lésions dont elle étaient évidemment des crises; dans les sueurs locales, et particulièrement dans celles des pieds et des aisselles, qui ont jugé de longues maladies, et enfin dans ces fonticules portés pendant longtemps et qui ne peuvent être impunément supprimés, si l'organisation s'est habituée à leur présence, même après la cessation des maux pour lesquels ils avaient été apposés.

La plique ne se montre pas seulement sous les deux formes que nous venons d'étudier, elle peut encore s'associer aux maladies chroniques incurables. Souvent alors on voit dans les périodes moins avancées de ces maladies, l'apparition de la plique amener un soulagement plus ou moins grand des souffrances, et si l'on cherche à s'opposer au développement de l'affection des cheveux, des exacerbations funestes ne tardent pas à se manifester. Lorsque l'altération est parvenue au dernier degré, l'influence salutaire de la plique disparaît entièrement, mais nous ne l'avons pas vue devenir un symptôme morbide, comme les sueurs et la diarrhée colliquatives. Il arrive, dans quelques cas rares cependant, que la sécrétion de la matière cornée s'opère avec une activité singulière; non-seulement les cheveux croissent plus vite, mais ils deviennent plus gros, égalent le diamètre des crins. Les muséum d'anatomie en renferment des exemples remarquables par leur longueur et leur diamètre extraordinaires. L'abondance de la matière sécrétée semble alors se rapprocher jusqu'à un certain point des phénomènes de la colliquation.

Après avoir ainsi cherché à établir le rang que la plique doit occuper dans le cadavre nosologique, nous allons jeter un coup-d'œil sur les causes et le traitement de cette maladie.

On divise en général les causes des maladies en deux classes, celles qui agissent sur un grand nombre d'individus, et celles qui n'exercent leur action que sur quelques personnes et dans des cas spéciaux. Dans la première classe se rangent les influences épidémiques et endémiques. La cause extérieure de la plique parait bien évidemment appartenir à cette espèce, sans toutefois que nous puissions saisir les rapports du corps avec le climat et les autres influences telluriques. Toutefois si ce rapport se dérobe à nos recherches, il n'est point sans intérêt de passer en revue les pays où cette affection a été observée. C'est une chose digne de remarque, que la plique se trouve mentionnée et décrite par les médecins des nations voisines à une époque plus reculée que celle qui lui est attribuée dans les auteurs polonais. C'est ainsi qu'Hercule à Saxonia dit que les Allemands et les Hongrois, qui faisaient leurs études à Padoue, racontaient que cette maladie sévissait parmi le bas-peuple dans plusieurs endroits de leur pays. A l'appui de

son opinion, il cite l'ouvrage de Jean Schenk, médecin à Fribourg, dans lequel on trouve une citation relative à Jean Stadler qui écrivait en 1564. Après avoir décrit la plique, Schenk dit que les individus atteints de cette maladie, la regardant comme un moyen sûr de prévenir les apoplexies, les paralysies, la manie et la céphalalgie, n'osent ni couper leurs cheveux, ni les peigner. Il ajoute que ce mal est presque endémique dans la province de Brisgau, en Alsace, en Belgique et dans quelques contrées du Rhin. Le peuple lui donne le nom de *Marenflechte* (boucle de cauchemar), d'après la pensée où il est que le cauchemar colle les cheveux pendant la nuit. C'est une opinion qui règne aujourd'hui dans quelques parties de la Pologne. Il serait curieux de rechercher si la plique existe encore dans ces endroits, et, si elle a disparu, comme tout porte à le croire, de faire connaître les motifs de sa disparition.

Si nous passons maintenant à l'examen de la seconde classe des causes qui agissent sur certaines personnes et dans des cas spéciaux, nous trouverons quelques coutumes propres à la nation polonaise; c'est ainsi, par exemple, que nous rappellerons la manière d'entretenir les cheveux en usage dans ce pays, et dont l'influence sur le développement de la plique est facile à concevoir. En effet, les paysans et la plupart des habitans des petites villes ont l'habitude de porter une longue chevelure, et de conserver pendant plus de six mois un lourd bonnet fourré. Cet oubli des soins de la propreté tient à l'état misérable des classes inférieures, et surtout de la population juive, tant il est vrai que l'observation des lois de l'hygiène est en raison directe de la prospérité des peuples. Cette négligence, favorisant l'intrication des cheveux dans les circonstances indiquées, a donc des résultats analogues à la malpropreté du corps dans les pays chauds, dont les suites sont souvent des éruptions cutanées. Mais ce qui contribue surtout à l'apparition de la plique, c'est la conduite généralement adoptée par le peuple polonais au début des maladies. Instruit par l'expérience, que dans une multitude de cas les souffrances cessent après son apparition, il s'imagine qu'il est atteint de cette maladie, quel que soit le symptôme qu'il éprouve. Aussi s'empresse-t-il alors de faciliter et d'accélérer le développement de la plique, d'abord parce qu'il a la conviction qu'il ne saurait y échapper, et ensuite parce qu'elle est pour lui le signal du mieux et de la guérison. Plein de ces idées, il fait tout ce qui est en son pouvoir pour provoquer l'intrication des cheveux et amener ainsi cette sécrétion critique. Sans avoir égard à la diversité si grande des maladies, il n'a qu'un but, celui d'empêcher le contact de l'air; il cesse alors de peigner ses cheveux, il s'enveloppe la tête chaudement, il a recours aux fumigations, il arrose le cuir chevelu avec des liquides spiritueux et aromatiques. La sécrétion des cheveux ainsi augmentée acquiert, par suite de la maladie générale et sous l'influence des causes endémiques, ce caractère morbide qui constitue la plique. Ce préjugé n'est pas seulement répandu dans les classes inférieures de la société, il est aussi partagé par des personnes d'une condition plus élevée et même par quelques médecins. On voit dès lors pourquoi ce phénomène se rencontre si souvent en Pologne, et l'on s'explique assez bien comment plusieurs auteurs l'ont attribué à la malpropreté.

Il ne nous reste donc plus qu'à tracer brièvement les bases du traitement le plus propre à prévenir le développement de la plique, ou la conduite à tenir lorsqu'elle s'est montrée. Il paraîtra peut-être singulier au premier coup-d'œil de nous voir discuter la manière de guérir un phénomène que nous considérons comme une tendance critique de la nature; mais les remarques suivantes démontreront qu'il ne s'agit point ici de remèdes spécifiques. Les anciens médecins, en adoptant la doctrine des crises, exagérèrent sans doute cette maxime fondamentale, que le médecin doit être le ministre de la nature. Dominés par l'idée d'évacuer, à l'aide d'une crise, la matière morbifique, ils se contentaient peut-être trop souvent d'une médecine expectante. Dans l'état actuel de nos connaissances, nous pensons que les excrétions regardées comme les effets de la crise sont le plus ordinairement plutôt un nouveau produit de la maladie. Mais en reconnaissant ce fait, nous devons éviter de nous laisser entrainer dans une extrémité opposée. On ne saurait se dissimuler qu'il n'y ait beaucoup de prétentions aujourd'hui dans les opinions de ceux qui croient pouvoir toujours prévenir et dompter ces dispositions, ces mouvemens morbides que nos ancêtres regardaient comme l'accomplissement inévitable et efficace des crises. N'oublions pas que l'observation impartiale confirme chaque jour la justesse de l'axiome, que les excrétions critiques, dans quelques cas spéciaux, non-seulement annoncent une guérison, mais contribuent à la faire. — Certes, il y a loin de cette manière de voir aux idées surannées des anciens et au rôle d'observateurs passifs auxquels ils se condamnaient. Le véritable médecin doit appliquer à temps des modifications bien choisies, afin de tâcher de soustraire l'individu aux dangers auxquels il est naturellement exposé par la marche imprévue que peut prendre la maladie si on la laisse atteindre son plus haut degré. Agir autrement, ce serait suivre les erremens du peuple polonais, qui cherche dans toutes les maladies à favoriser le développement de la plique; ce serait imiter ces médecins qui, en reconnaissant la plique pour une maladie *sui generis*, cherchent à faire naître l'intrication des cheveux comme symptôme indispensable de la cure. L'expérience démontre aujourd'hui l'insuffisance des règles médicales généralement appliquées au traitement de la plique. Aussi les médecins qui proclament la spécificité de la maladie, ne peuvent-ils indiquer un traitement identique. Ils recommandent dans ce cas les préceptes de la thérapeutique générale, suivant qu'ils conviennent aux symptômes les plus saillans. C'est en effet là que consiste le véritable traitement; la lésion organique ou vitale exige seule le traitement, la plique n'est que l'accessoire. — Il résulte de ce que nous venons de dire que, lorsque la plique s'est développée, il faut rechercher l'organe malade, et en outre ne pas perdre de vue la nature critique de cette affection, pour ne pas s'opposer à l'intrication des cheveux lorsqu'elle est utile. La toilette et la coupe trop hative des cheveux pliqués auraient des suites fâcheuses.

Une des premières indications du traitement des phénomènes morbides consiste à faire disparaitre les causes qui leur donnent naissance. Ici nous devrions parler de l'influence de l'endémicité, mais malheureusement nous n'avons

point de connaissances positives sur ce sujet. Il est donc hors de notre pouvoir d'indiquer un moyen sûr qui puisse anéantir cette influence endémique évidente, quoique inconnue, à laquelle nous sommes obligés d'attribuer l'apparition de la plique; mais nous pouvons cependant indiquer des moyens intermédiaires capables de limiter l'apparition trop fréquente des phénomènes. Au premier rang de ces moyens nous rangeons le traitement convenable et opportun des maladies, puis les soins de propreté, et en particulier l'entretien de la tête. Plus d'une fois nous avons été frappé, dans certains villages, du coloris et de l'air de santé des jeunes gens. Nos recherches nous faisaient voir que c'étaient précisément les communes où les prêtres, attentifs au bien-être de leurs paroissiens, donnaient un égal soin aux besoins du corps et de l'esprit. Leur zèle, secondé par la générosité des propriétaires, appliquait à temps aux maladies les remèdes convenables, et rendait ainsi inutile le développement de la plique. C'est une observation que nous avons déjà faite pour les hôpitaux militaires.

Nous ne pousserons pas plus loin ces remarques. L'idée de considérer la plique comme un phénomène critique avait déjà été émise par quelques auteurs, mais ils n'avaient fait que l'effleurer. Depuis plusieurs années, au contraire, elle a été pour nous l'objet d'une étude approfondie. C'est le résultat de ces travaux que nous soumettons aujourd'hui aux médecins, et surtout aux médecins polonais. Puissions-nous avoir fait quelque chose d'utile pour la science. Nous croirons avoir atteint ce but, si nous avons démontré que la plique n'est point une maladie essentielle; qu'elle ne se montre jamais qu'avec une lésion de l'organisme suffisamment connue; que dans beaucoup de cas elle apparaît comme crise favorable, et que le seul traitement qui lui convienne est celui de la maladie avec laquelle elle existe.

THÉRAPEUTIQUE.

Sur les saignées locales. — Remarques pratiques;

Par M. D. OSBORNE, M. D.

Après quelques remarques sur quelques-unes des méthodes jusqu'ici employées, et entre autres sur les avantages de la saignée des veines du pied contre l'aménorrhée obstinée; sur la saignée des veines de la langue, qui a été abandonnée pour l'application des sangsues à cette partie, qui est beaucoup plus sûre; et sur les avantages que présente l'ouverture des veines du dos de la main, quand des circonstances empêchent de faire une saignée au bras, l'auteur arrive à discuter les effets de la saigné de la jugulaire externe. L'abstraction du sang de ce vaisseau n'est pas, selon lui, d'une aussi grande efficacité qu'on l'a supposé pour diminuer l'afflux de sang à la tête, car cette veine ne reçoit pas le sang de la partie interne de la tête, mais bien des veines superficielles du cou, et principalement de celles du larynx. Au contraire, on tire des avantages considérables de la saignée des jugulaires externes dans des cas subits de croup, et d'angine largyngée. Il est souvent très important, après que les sangsues sont tombées, de faire saigner les piqûres autant que possible; et cependant les moyens employés à cet effet ont souvent de graves inconvéniens. Par exemple, dans la bronchite aiguë et chronique, l'application des sangsues sur la région du larynx et à la trachée-artère dans l'espace triangulaire compris entre les muscles mastoïdiens est un moyen des plus puissans et des plus efficaces; mais dans ces affections il est souvent très dangereux de couvrir le cou de linges trempés dans de l'eau chaude, qui en mouillant les draps et la chemise du malade font plus de mal que de bien. Un moyen fort simple d'y remédier est d'appliquer de temps en temps des morceaux de linge tout-à-fait secs et très chauds sur les piqûres qui donnent alors une grande quantité de sang en raison de l'attraction capillaire.

Des faits certains prouvent que les sangsues peuvent continuer à tirer du sang quoique submergées dans l'eau à une température bien au-dessus de 37°, 5 centigrades. L'avantage pratique qu'on peut obtenir de ce fait est considérable; par exemple, dans des cas d'inflammation violente des viscères abdominaux, on peut, sans attendre que les sangsues tombent, mettre le malade dans un bain de siége, et ainsi employer deux puissans moyens antiphlogistiques à-la-fois, savoir relâcher les parties et diminuer la sensibilité en même temps que l'abstraction de sang se fait. Dans certains cas de céphalalgie dans lesquels la douleur est limitée aux sinus frontaux, on a fait disparaître promptement la maladie par l'application d'une ou de deux sangsues à la membrane muqueuse du nez; on y parvient facilement, en passant une aiguille enfilée à travers la queue de la sangsue, à un quart de pouce de son extrémité; ce procédé, au lieu de nuire à la sangsue la fait piquer avec plus d'ardeur, et c'est d'ailleurs le meilleur moyen possible pour stimuler celles qui ne mordent pas. S'il est nécessaire, on peut fixer la sangsue sur un point quelconque, en la renfermant dans un tube formé à l'aide d'une carte de visite. Quoique ces céphalalgies soient produites en général par un embarras gastrique, souvent elles ne disparaissent pas avec leur cause, mais aussitôt que les sangsues ont été appliquées de cette manière, la guérison s'ensuit immédiatement.

Dans les inflammations de la conjonctive, une sangsue ainsi appliquée à la membrane de Schneider, dégorge bientôt les vaisseaux de l'œil; ce moyen est surtout d'une grande utilité, après que des sangsues ont été préalablement appliquées à la conjonctive du tarse.

Dans l'inflammation de l'oreille, cette méthode d'appliquer une sangsue à l'intérieur du méat auditif produit de grands avantages. Le moyen qui tient le second rang en utilité dans le traitement de cette affection, est d'appliquer les sangsues aussi près du méat que possible. On peut observer que de telles applications ne peuvent suffire pour faire cesser l'inflammation dans l'intérieur de l'oreille, mais l'effet de l'ablation du sang par les sangsues est indépendant des connexions vasculaires. Par exemple, dans l'inflammation de l'estomac ou des intestins, il n'existe aucune liaison (*connexion*) ou anastomose entre les deux groupes de vaisseaux, les unes recevant le sang de l'artère aorte abdominale et les autres des artères épigastriques et mammaires, et de plus la présence du péritoine empêche toute espèce d'anastomose,

et cependant personne ne doute de l'utilité des sangsues dans ce cas. (*The Dublin medical Observer*, 1833.)

Emploi de l'huile de croton-tiglium dans les maladies des enfans;

Par M. A. Cory.

Ce médicament, qu'on a regardé comme trop actif pour les adultes, peut, d'après les expériences de M. Cory, médecin d'un hôpital d'accouchement à Londres, être prescrit avec de grands avantages dans des maladies des enfans, surtout dans celles de la poitrine ou de la tête et dans lesquelles, il est important de provoquer des selles promptes et abondantes. L'auteur ayant souvent éprouvé beaucoup de difficulté à administrer les purgatifs ordinaires aux enfans, et sachant par l'expérience que certaines maladies, chez ces jeunes sujets, sont aggravées par les efforts que font les enfans pour repousser des médicamens dégoûtans, résolut d'essayer l'emploi de l'huile de croton. Il mit en usage la préparation suivante : prenez huile de croton, goutt. ij; sucre blanc, ij gros; gomme arabique en poudre, un demi-gros teinture de petit cardamome composé, un demi-gros; eau distillée, q. s : faites une potion d'une once et demie, dont on donnera à un enfant de cinq à six ans deux ou trois cuillerées à café toutes les trois ou quatre heures jusqu'à évacuations abondantes. Cette formule, selon M. Cory, fournit un remède, non-seulement agréable (les enfans le prennent sans aucune difficulté), mais très efficace, et il en a retiré de très bons effets, surtout dans les maladies de l'encéphale et de la poitrine. Ce médicament quelquefois produit un léger vomissement que l'auteur regarde comme salutaire dans ces affections. Enfin, il assure en avoir souvent fait usage avec avantage et sans jamais observer d'accidens fâcheux (*The London med. Gaz.*, juillet 1833.)

REVUE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE,

JOURNAL DE CLINIQUE

DE L'HOTEL-DIEU, DE LA CHARITÉ, ET DES GRANDS HOPITAUX DE PARIS.

PAR MM. BAYLE, CAYOL, MARTINET RÉCAMIER.

(SEPTEMBRE 1833.)

CLINIQUE ET MÉMOIRES.

—

MOUVEMENT ACTUEL DES ESPRITS,

DANS LA JEUNESSE MÉDICALE.

Il y a quatre ans, presque révolus, qu'en parlant de la philosophie, toute matérialiste et anatomique, de l'École de Paris, nous disions : « Le matérialisme n'a » plus qu'un reste de vie prêt à s'éteindre.... Ces doc- » trines devaient avoir leur temps, et elles l'ont eu. » Fondées par une observation étroite, exclusive, et » par conséquent incomplète, qui ne va pas au-delà de » ce qui frappe les sens, et ne veut pas tenir compte » de mille autres choses tout aussi réelles qui ne se » pèsent ni ne se touchent, elles devaient nécessaire- » ment tomber, et faire place à d'autres, après avoir » fourni à la science leur contingent de vérités. Aussi, » voit-on depuis quelque temps les esprits se déta- » cher insensiblement de cette philosophie toute ana- » tomique dont on était naguère si engoué : Ses plus » zélés partisans commencent eux-mêmes à en sentir » le vide; et si beaucoup de médecins y tiennent encore » par habitude, ou en attendant quelque chose de » mieux, il en est peu qui osent en prendre ouverte- » ment la défense. Tout annonce donc une révolution » prochaine dans le monde médical.... (1). »

Nous pouvons dire aujourd'hui, sans crainte d'être démentis, que nos prévisions se réalisent. La révolution que nous annoncions n'étant à proprement parler qu'une salutaire réforme, qu'un retour de la science à ses véritables principes, elle ne pouvait s'opérer que par la ruine des faux systèmes qui avaient produit la déviation; et sous ce rapport la révolution est accomplie dans les esprits, puisqu'il est évident que les trois ou quatre fractions de l'école anatomique, qui se disputent encore entre elles, n'ont plus aucun empire sur la nouvelle génération médicale.

Il suffit, pour s'en convaincre, de voir les élèves en présence des maîtres dans les actes publics de la Faculté. Les examens ne roulent que sur des descriptions de symptômes et d'altérations cadavériques : c'est pour les candidats une affaire de mémoire, où l'esprit et le raisonnement n'ont aucune part. On évite, autant que possible, d'aborder les indications curatives et le traitement des maladies, c'est à-dire la médecine proprement dite, parce que sur ce terrain on rencontre une tour de Babel, monstrueux produit du travail de toutes les sectes médicales, grandes et petites; il y a là, véritablement, confusion des langues: les sangsues, l'émétique, la saignée, le mercure, la morphine, la quinine, la strychnine, etc., se présentent pêle-mêle; et, depuis les cent millionièmes de grains de l'*homœopatisme* jusqu'aux doses effrayantes du *contro-stimulisme*, le candidat peut divaguer fort à son aise, sans aucun danger d'être repris par le professeur.

L'école anatomique est aujourd'hui si incertaine et si timide, que, lorsqu'il s'agit de l'homme vivant, elle ne sait rien de mieux à faire que de se renfermer dans des propositions toutes négatives, et de cacher son impuissance sous le masque banal de l'éclectisme; elle est devenue tellement circonspecte, que, dans la crainte de se compromettre, elle renonce à dogmatiser. Or, qui ne voit, que là où il n'y a pas de dogmes, il n'y a pas d'enseignement, il n'y a pas d'école? A moins qu'on ne dise que la médecine n'est plus un art (l'art de guérir ou de soulager l'homme souffrant), mais une science purement descriptive ou iconographique, pour l'amusement des curieux!

D'un autre côté, cependant, le grand horizon de la

(1) Prospectus de la Revue Médicale, du moins de janvier 1830.

vérité se découvre, grâce au mouvement spiritualiste et vitaliste qui se propage de plus en plus dans la jeunesse. Ce mouvement intellectuel est tout-à-fait en dehors de la Faculté : quelques-uns des professeurs affectent encore de ne pas y croire, ou en méconnaissent de bonne foi la portée ; tandis que d'autres se coalisent tacitement pour y résister, en répondant aux argumens du vitalisme hippocratique tantôt par des boules noires, comme dans le dernier concours de Clinique, et tantôt seulement par le silence et la force d'inertie.

Ce serait connaître bien peu la nature humaine que de croire qu'il en puisse être autrement. Les hommes qui ont une position faite et un caractère public ne sont plus aptes aux discussions de principes, lorsqu'ils ont eu le malheur de sacrifier ouvertement à ces idoles qu'on appelle *systèmes*. Que, si alors, vous preniez à tâche, dans l'intérêt de la science et de l'humanité, de montrer au grand jour le vice radical de leurs doctrines, le plus grand tort que vous pourriez avoir à leurs yeux, ce serait d'avoir un peu trop raison ; et ce tort est celui qu'on pardonne le moins.

Quæque ipse miserrima vidi !

Il n'est est pas de même lorsqu'on s'adresse à la jeunesse, qui poursuit la vérité avec ardeur et sans arrière-pensée, parce qu'elle est libre encore de tout engagement d'intérêt ou d'amour-propre. Tant qu'on a pu lui faire accroire que certaines doctrines avaient l'attache du pouvoir, elle hésitait à manifester ses convictions, parce que, dans son allure vive et franche, ce qu'elle redoute par-dessus tout, c'est le soupçon de servilité ou d'hypocrisie. Mais depuis que les rôles sont changés, depuis que les hommes qui exploitaient sa bonne foi au profit de leur ambition, sont devenus eux-mêmes les complaisans et les favoris du pouvoir, la jeunesse commence à se raviser, et à savoir enfin de quel côté elle doit chercher la loyauté, la véracité, le pur et sincère amour de la science.

Voilà pourquoi le mouvement spiritualiste est en progrès depuis la dernière révolution politique, qui semblait au contraire devoir le comprimer et l'anéantir, en donnant l'influence et le pouvoir à ses adversaires.

Il serait aussi curieux qu'instructif de suivre ces progrès du mouvement de régénération scientifique, dans une revue analytique et philosophique des thèses soutenues à la Faculté de Paris pour l'admission au doctorat.

Le dernier acte probatoire des études est aussi le premier acte d'émancipation de la pensée médicale : c'est donc là qu'on peut saisir l'expression franche et naïve de la situation des esprits dans la génération qui s'élève ; c'est là qu'on peut lire, en quelque sorte, l'avenir de la science.

En attendant que nous puissions nous livrer à ce travail, qui sera comme le complément de notre *Revue médicale* mensuelle, nous croyons que nos lecteurs nous sauront gré d'appeler leur attention sur une thèse qui vient d'être soutenue, il y a peu de jours, à l'École de médecine (1). Cette thèse nous a paru aussi remarquable par l'élévation des pensées que par cette chaleureuse vivacité de style, qui n'exclut point la gravité, et qui est le cachet d'une conviction profonde. Comme elle se compose de propositions détachées, et plus ou moins développées, nous ne saurions mieux la faire connaître que par des citations.

« La vie humaine, contre l'opinion de tous les siècles, de tout le genre humain, ne serait-elle qu'un mécanisme matériel ? Le médecin ne doit-il s'occuper que du corps, n'étudier que le corps ? L'homme malade n'est-il qu'un animal souffrant ? Les causes des maladies ne sont elles que physiques, jamais morales, spirituelles, intellectuelles ? Et si l'homme malade souffre dans son ame et dans son corps, ne faut-il pas, pour le secourir efficacement, le connaître tout entier, depuis le fond de l'ame jusqu'à l'épiderme ? Les remèdes, comme les causes des maladies, ne seraient-ils que matériels, jamais moraux, spirituels, intellectuels ? ... Ne poussons pas plus loin ces questions : toute la science, toute l'histoire y ont répondu ; ajoutons qu'aujourd'hui les plus savans d'entre les matérialistes dogmatiques n'osent eux-mêmes affirmer leurs principes, et disent à qui veut les entendre : Je doute, je cherche.

« La personnalité humaine est une *ame vivante*, se manifestant par un *esprit intelligent*, et revêtue d'un *corps organisé ;* ce qui comprend, selon le langage des philosophes : 1° l'être humain PLUCHÊ ; 2° l'existence pure de l'être dans sa forme spirituelle ; 3° l'enveloppe organique, ou, selon le langage ordinaire, l'ame et le corps tout simplement.

« L'homme existe en puissance dans son père et dans sa mère ; car la raison d'un produit se trouve dans la nature et le rapport réciproque des deux facteurs. Donc l'enfant n'est pas seulement os de leurs os, chair de leur chair, il est aussi ame de leur ame, esprit de leur esprit ; et de là la ressemblance corporelle, psychique et intellectuelle des enfans avec leurs parens, et la raison de leur amour réciproque.

« C'est l'union du père et de la mère, au moment de la conception, qui détermine l'*individualité*, la *dualité indivisible*, un individu fait à leur image. Mais cette vie qu'ils transmettent, d'où l'ont-ils reçue ? de leurs pères. Et leurs pères ?... Il faut donc remonter jusqu'à l'Être des êtres, *à celui qui est ; à celui qui est la vie même et la vérité*. La génération n'est donc pas une création, mais une transmission, et c'est pour cela que les parens sont dépositaires, et non propriétaires de leurs enfans.

---

(1) QUELQUES FRAGMENS DE PHILOSOPHIE MÉDICALE ; thèse présentée et soutenue à la Faculté de médecine de Paris, le 9 août 1833, par G. VERGER, de Vay (Loire-Inférieure), pour obtenir le titre de docteur en médecine. Brochure in-4° avec cette épigraphe :

« J'ai ramassé, comme un enfant, des coquil-
« lages et des cailloux sur le rivage ; mais
« j'ai laissé devant moi un océan inexploré. »

NEWTON.

« L'homme et la femme, comme l'a dit, d'après Platon, le docteur *Bautain*, à qui j'emprunte presque tout ce passage, « L'homme et la femme sont deux membres d'une même fraction, ou plutôt d'une même unité, deux sections, deux moitiés : d'où le mot *sexe*. Ce sont deux images l'une de l'autre, différentes seulement par *le plus* ou *le moins* dans chacun de leurs trois termes ; ainsi la femme ayant, comme l'homme, ame, esprit, corps, est spécialement femme dans l'ame par *le plus* de la force centrale et attractive, dans l'esprit par *le moins* de la force expansive de l'intelligence et de la raison, dans le corps par *le plus* de délicatesse des formes. De là une volonté plus attirante et plus tenace, un sentiment plus vif et plus profond, plus d'amour, plus de religion; moins de développement intellectuel, quoiqu'elle goûte et discerne merveilleusement, et beaucoup mieux que l'homme, la vérité par le sentiment; peu de désir de la science, peu d'aptitude aux abstractions; et, dans le corps, passivité, mollesse, impressionnabilité, désir de tout ce qui peut compléter sa forme par le soin et l'ornement du corps, par le goût inné de la parure. L'homme a en moins tout ce que la femme a en plus, et réciproquement : il sent moins profondément, moins délicatement que la femme; il l'emporte dans l'esprit par *le plus* d'intelligence, de raison; son corps est plus élancé ses formes plus sévères; la femme est attirante, l'homme expansif. »

« Depuis le moment de la conception jusqu'après la naissance, l'enfant devient étranger à son père, occupé à lui faire un patrimoine et à soutenir et protéger sa mère; la mère, au contraire, ne vit plus qu'avec son fruit et pour son fruit, en qui elle verse sa vie; elle est en communication non interrompue avec lui, toutes ses sensations retentissent en lui : de là chez tous les peuples la langue est dite *maternelle*, et le sol, *paternel* ou *patrie*. C'est à cause de l'influence prodigieuse de la mère sur son fruit que toute l'antiquité l'entourait de soins et de précautions inouïes : on en est dans l'admiration en lisant Moïse, Platon, Lycurgue, etc. Tendres mères, qui redoutez alors pour votre fruit les taches corporelles (envies, *nævi materni*), ah ! craignez plutôt, craignez beaucoup plus les taches spirituelles de l'ame, les penchans innés vers le mal. Donc, à l'exemple de l'antiquité, c'est dès le sein de la mère qu'il faut commencer l'éducation physique et morale de l'homme. Que la femme qui a conçu respire un air pur, prenne une nourriture saine, qu'elle s'abstienne de tout excès, qu'elle n'admette dans son esprit que des images pures, belles et nobles; que sa volonté se dirige vers le bien, qu'elle le réalise par la pratique des vertus et des bonnes œuvres; qu'à l'exemple de l'antiquité, son époux et tous ceux qui l'entourent l'environnent comme d'un culte.

« L'organo-génésie est un mystère de la nature où les physiologistes et les philosophes se sont épuisés, comme en tout, en explications plus ou moins ingénieuses. Mon but n'est point de les reproduire ici; je dirai seulement, à ce sujet, que la nature, si difficile à comprendre quand on ne part pas, comme Newton, du fait, de la vérité traditionnelle de la création, se simplifie merveilleusement quand on n'y voit plus que des lois posées par le Créateur pour le développement et la conservation de toutes et de chacune des créatures; et je crois avoir déjà dit beaucoup en cette question lorsque je l'ai ramenée à ces lois primordiales en vertu desquelles la vie objective, une fois posée en existence formelle dans un foyer particulier, se développe et se conserve, en vertu de la loi qui lui est propre, comme le monde lui-même se conserve en vertu de la loi de l'attraction.

« L'organisme est un système *un*, pour un but *un*, où chaque partie est au service du tout, le tout pour le bien-être de chaque partie, et partie et tout pour la vie. C'est, selon la comparaison aussi ingénieuse que simple et vraie de Ménénius Agrippa, l'image et le modèle du plus parfait gouvernement.....

« La *subjectivisation* de la vie par l'air, la lumière, la nourriture, se fait successivement dans l'homme, selon le vœu de la nature, au profit de l'individu, de l'espèce et de l'humanité.

« Ainsi, jusqu'à la puberté l'enfant ne vit que pour lui; après cette époque, il songe à se donner un successeur fait à son image : il vit pour l'espèce.

« Plus tard, dans l'âge mûr, il devient homme public : il vit pour l'humanité.

« L'éducation de l'homme doit se faire au profit des trois termes de sa personnalité; elle a pour but de les développer dans une parfaite harmonie, *de former un esprit sain dans un corps sain*. Souvenons-nous que l'esprit tend à mesuser du corps, et encore plus le corps à abuser de l'esprit.

« Il est bien remarquable que l'homme, seul sur la terre, soit vraiment perfectible, susceptible d'être *éduqué*, élevé : preuve de sa décadence et de sa haute destinée (1).

« Pour que l'homme jouisse de sa perfection, il faut que corps, esprit, ame, aient acquis leur développement : ainsi, sans développement du germe physique, du corps, par le bon air, des alimens sains, des exercices convenables, point de perfection corporelle; sans développement par la parole humaine du germe intellectuel, point de développement intellectuel; sans développement du germe psychique par la parole divine et religieuse, point de vie spirituelle; ce qu'exprime énergiquement le nom de Père, donné aussi au ministre

---

(1) A ce propos, un des professeurs qui argumentaient à la thèse, vieux disciple de l'école voltairienne, s'est efforcé d'égayer l'amphithéâtre par l'histoire d'un chien barbet qu'il a connu à l'armée, dans sa jeunesse, véritable chien savant s'il en fut jamais, qui faisait l'admiration de tout le monde par son intelligence et sa gentillesse : Ce chien-là, suivant le professeur, avait plus d'esprit que beaucoup d'hommes, et prouvait bien par son exemple, que la perfectibilité n'est pas un caractère distinctif de l'espèce humaine. Les jeunes médecins qui entendaient tout cela n'ont pas même souri....., tant il est vrai que tout change autour de nous, et que le voltairisme a fait son temps !

Le surplus de l'argumentation a été tout-à-fait insignifiant.

(Note de la Revue médicale.)

de la parole (du Verbe), qui engendre dans l'ame cette vie sublime et noble, qui met la distance du ciel à la terre entre l'homme et les animaux.....

« Si la vie animale est prédominante, l'amour charnel devient brutalité : c'est Sardanapale, Messaline, Henri VIII.

« Si la vie intellectuelle l'emporte, la brutalité se change en besoin de voir le monde, de s'y poser, d'y acquérir biens, honneurs, gloire, science, puissance: c'est Newton, Leibnitz ou Napoléon.

« Si la vie psychique l'emporte, elle montre au monde le puissant Augustin, la brûlante Thérèse, le charitable Vincent de Paule, le pieux Fénélon.

« Que si (descendons dans la vie commune) la vie animale, intellectuelle et psychique sont dans un juste développement, et qu'entre deux créatures animées ainsi dans tout leur être se forme une union pure et de choix, elle donne à la terre ces hommes *bien nés*, faits pour le bonheur de l'humanité ; et c'est pour atteindre ce but et retremper en cette circonstance importante l'ame amollie par le feu des passions, que, chez tous les peuples, mais surtout dans le christianisme, le mariage est précédé de pratiques d'épurations, de purification morale, est un acte religieux avant d'être une union charnelle.....

« Qu'on dise si cette philosophie, puisée dans l'étude même de la vie et de ses lois, est étroite comme celle qui n'envisagerait qu'un des termes de l'homme et le moins grand. Et cependant ce sont là toutes vérités que la religion enseigne aux petits et aux simples, comme la physiologie et la philosophie aux savans. Qu'on me permette de dire à ce sujet, avec Bacon : Un peu de philosophie éloigne de la religion, beaucoup de philosophie y ramène....

« L'homme qui ne vit que de la vie organique court le plus de risque d'une mort prématurée ; ce qui est prouvé par la quantité innombrable d'enfans qui meurent soit avant, soit après la naissance, et par la rapidité surprenante avec laquelle sont emportés par les maladies aiguës ces hommes aux formes athlétiques, mais dont toute la vie est dans les muscles, ou encore ceux qui ne vivent que dans la bonne chère ; car, selon un aphorisme d'*Hippocrate* : *Qui naturâ sunt valdè crassi magis subitò moriuntur quàm graciles.*

« L'homme vivant à la fois de la vie animale et de la vie intellectuelle, est moins exposé à une mort prématurée, par là même qu'il est en rapport double avec la vie objective.

« Mais s'il vit de la vie animale, et de la vie intellectuelle, et de la vie psychique, et le tout dans un juste développement, il a le plus de garanties contre la mort avant terme, par là même qu'il puise la vie à toutes ses sources.

« *La force vitale*, qui, en cas de maladie, prend le nom de *force médicatrice* (1), est en physiologie ce qu'est l'*attraction* en physique générale, une loi, rien de plus qu'une loi, une vérité de sens commun, loi connue de tout temps par ses actes. *Hippocrate* le premier l'a formulée, comme Newton a formulé l'attraction ; ils ont dit en paroles articulées, en aphorismes généraux, ce que tout le monde sentait, voyait, savait, mais confusément, sans pouvoir généraliser et embrasser tous les faits.

« On sait comment la pomme tombée devant Newton devint pour ce génie si curieux, si vaste, si généralisateur, l'occasion de soumettre au calcul et à l'observation toute la nature, depuis la molécule invisible jusqu'aux globes épouvantables qui roulent à des millions de lieues ; il reconnut que tous les corps de la nature sont mus par la même loi, en raison directe de leur masse, et inverse du carré des distances. Il appela cette loi *attraction*, nom auquel il n'attachait aucune importance en lui-même, pas plus qu'*Hippocrate* à celui de *nature* ou *force médicatrice* : ils n'eurent dessein ni l'un ni l'autre d'en faire une entité. Il reconnut que c'était le même auteur qui avait fait tous les mondes et tous les corps de chaque monde, puisque tous avaient été soumis à la même loi ; et, redescendant sur les ailes de son génie de monde en monde, de planète en planète, de corps en corps jusqu'à la molécule qui s'unit à la molécule dans un précipité chimique, il vit que tout était régi par la même loi, l'*attraction*, qu'il distingua de la manière suivante :

Gravitation ou attraction planétaire, attraction des planètes entre elles.

Pesanteur ou attraction terrestre, attraction des corps vers le centre de la terre.

Adhésion : Attraction de deux corps entre eux sur la terre.

Cohésion : Attraction entre les particules d'un même corps.

Affinité : Attraction entre les molécules de nature différente ; et après avoir vu tout cela, il ne pouvait plus entendre parler de Dieu sans s'incliner.

« Reportons à présent nos regards vers le père de la médecine ; nous le trouvons, dans les temples grecs, coordonnant comme Newton tous les faits, tous les phénomènes de l'organisme consignés sur les tables votives, les comparant à sa vaste expérience personnelle, à tant d'observations faites par lui, avec le coup d'œil du génie, sur une nature encore vierge ; puis proclamant comme Newton ses aphorismes, immense synthèse qui embrasse tous les faits. Mais il faut prendre garde de confondre la force vitale, cette loi primordiale de l'organisation, cette faculté que Dieu a donnée à l'homme, comme à toute créature vivante, de pourvoir à sa propre conservation, d'opposer une résistance active à toutes les causes objectives ou subjectives de maladie, et de réparer incessamment ses pertes, il faut bien prendre garde de la confondre avec les explications et hypothèse d'*Hippocrate* lui-même, et plus encore avec celles qui y ont été ajoutées après lui ; il faut aussi dépouiller les ouvrages des médecins hippocratistes, *Galien*, *Sydenham*, *Boerrhaave*, *Stahl*, *Baillou*; *Stoll*, *Van-Helmont*, *Barthez*, etc., des explications systématiques qu'ils ont données de cette loi, qu'ils avaient du reste bien observée. Avec ces restric-

(1) Voir les développemens de cette proposition fondamentale de la pathologie dans la Clinique médicale de M. le professeur Cayol. Un vol. in-8 ; Paris, 1833.

(Note de l'auteur de la Thèse.)

tions, les mots *principe vital, vitalisme, animisme, archée, esprits vitaux*, etc., dégagés de toute explication hypothétique, et vus seulement dans leurs applications, deviennent synonymes de *force vitale*.

« La maladie est une réaction accidentelle de l'organisme, ayant son but, sa fin, sa loi : donc, c'est une fonction anormale ou pathologique (*Cayol*). Il faut l'étudier, la surveiller, l'aider au besoin comme toutes les autres fonctions ; et tout l'art du médecin consiste, selon l'expression du divin vieillard, à *soustraire, augmenter* ou *évacuer ;* et c'est la nature elle-même qui nous l'apprend, lorsque nous étudions avec l'œil d'*Hippocrate* la *crudité*, la *coction* et la *crise : Medicus naturæ minister et interpres... tantùm facit et intelligit quantùm de naturæ ordine, re, vel mente observaverit, nec amplius scit aut potest !*

« La fièvre n'est point un être existant par lui-même, une entité ; c'est l'action de la loi de propre conservation départie à toute créature vivante.

« Quand la réaction de l'organisme est locale, si elle est accompagnée d'un certain degré de chaleur et de douleur, elle prend le nom *d'inflammation*.

« Quand, après avoir été d'abord locale, elle devient générale, les médecins hippocratistes la nomment *fièvre consécutive* ou *symptomatique*, comme les médecins physiologistes ; mais loin d'abuser comme eux de l'axiôme *sublatâ causâ tollitur effectus*, c'est vers la réaction générale qu'ils dirigent surtout leurs soins se gardant bien d'épuiser en vain leurs efforts sur un point qui n'est qu'un point et rien de plus dans la maladie. Exemple : C'est une fracture grave avec fièvre consécutive violente ; traitons la fièvre avant tout, d'après l'indication fournie par la diathèse et la constitution médicale.

« Ce qu'il importe de connaître avant tout pour le traitement d'une maladie, d'une fièvre, ce n'est pas le siége (dont la connaissance, au reste, n'est point inutile, surtout pour le pronostic), c'est la diathèse de la maladie, c'est-à-dire son tempérament, comme dit M. le professeur *Cayol*, sa nature, son allure, sa tendance heureuse ou funeste, son élément, selon l'expression de *Barthez*, et aussi la *constitution médicale régnante*, si déplorablement négligée par les médecins physiologistes.....

« Le *diagnostic anatomique* est peu, excepté pour le prognostic ; le *diagnostic médical*, basé sur la diathèse, est tout.

« Ne dites donc pas avec *Bichat* et le *physiologisme :* Une maladie étant donnée, trouver l'organe malade. Mais dites avec *Hippocrate* et les médecins hippocratistes de tous les siècles : une maladie étant donnée, déterminer 1° si la nature se suffit ou ne se suffit pas ; 2° lorsqu'elle ne se suffit pas, préciser, puis faire ce qu'elle ferait si elle pouvait ; ce qui ramène la médecine, comme au temps d'*Hippocrate*, à l'étude de la nature, et de la nature de la maladie, c'est-à-dire de la diathèse, du mode de réaction, des crises, afin de choisir les remèdes reconnus par l'expérience propres à faire ce que la nature ferait si elle pouvait, et qu'elle fait si bien quand elle peut. Je voudrais donc qu'au lieu d'aller à tort et à travers *juguler* la maladie dès qu'il a tâté le pouls, le jeune médecin surtout, appliquant à la fonction pathologique le problème des accoucheurs, dit comme eux : Faut-il laisser faire la nature? faut-il venir à son secours? et comment faut-il l'aider? On sait avec quelle précision ces trois questions ont été et sont journellement résolues en accouchement ; ne serait-il pas possible d'en approcher dans toutes les autres fonctions morbides? Tel est le devoir de l'accoucheur; tel n'est-il pas aussi celui du médecin? Je sais que les novateurs de tous les siècles ont appelé cela de la *médecine expectante ;* ce qui avait fait dire au fougueux Asclépiade, dès le commencement de l'ère chrétienne, que les ouvrages d'*Hippocrate* ne sont qu'une *froide méditation de la mort :* lui, ce divin vieillard, qui nous a dit dans le premier de ses aphorysmes : *Occasio præceps !*

« Que si les hippocratistes de tous les siècles ont dit, avec *Desbois de Rochefort :* « O nature, nature, quelle doit être ta puissance ! » ou encore : *Primò non nocere*, ou bien : *Optima medicina est interdum medicinam non facere*, ou *Natura morborum medicatrix*, c'est qu'ils ont vu le danger d'une précipitation intempestive, et aussi les merveilles de la nature, qui comme on l'a dit, guérit quelquefois en dépit des remèdes. Et ici viendraient au besoin, à l'appui de la médecine expectante l'homœopathisme et le contro-stimulisme, le physiologisme et les inventeurs de remèdes nouveaux, qui tous s'anathématisent, et qui cependant comptent tous et obtiennent en effet *des merveilles*, c'est-à-dire que la nature les fait souvent sans eux ou malgré eux. Oui, la nature est le vrai médecin, et le médecin n'est que son ministre : *Natura morborum medicatrix.... , naturâ inerte omnia.* Mais la médecine expectante, qui souvent est la meilleure, et que souvent on fait même sans s'en douter, en donnant de l'eau de gomme, etc., est loin d'exclure les secours de l'art : tout au contraire, il faut que le médecin ne perde pas un instant le malade de vue ; qu'il le suive depuis l'origine jusqu'à la terminaison de la maladie, afin de saisir l'occasion favorable, qui une fois passée ne revient plus : *Occasio præceps !* Le ministre de la nature se dit toujours que la nature va lui parler, s'il la suit attentivement, tout en l'aidant des moyens qu'indique l'état actuel. Et, pour exprimer en un mot toute ma pensée sur la médecine expectante, je désire que ces quelques lignes soient dans l'esprit du livre de *Stahl*, qui a pour titre : *Ars sanandi cum expectatione, opposita cum nudâ expectatione.*

« Qu'il est grand et beau le rôle du ministre de la nature ! Il faut qu'il soit là auprès de cette reine en travail, surveillant ses douleurs, l'encourageant, l'aidant à expulser ce qui lui nuit, lui portant secours lorsque ses forces sont enrayées, mais attendant d'elle tout effort salutaire, *toutes les véritables douleurs*, tout l'enfantement de la santé. Son ministère encore c'est de juger *à juvantibus et lædentibus*, s'il a bien saisi le besoin de la nature, l'indication ; puis dans les circonstances graves, dans les fièvres intermittentes pernicieuses, par exemple, ah ! qu'il se hâte : *Occasio præceps !* S'il laisse encore une ou deux fois revenir l'ennemi à la charge, la nature est vaincue, il n'y a plus que des ruines, un cadavre.

« Qu'il est puissant par les spécifiques ! Qui dira combien de vies d'hommes ont été sauvées par le quin-

quina ? Qui dira les bienfaits de la vaccine, du mercure, etc. ?

« Qu'il est puissant par les médications héroïques, quand il a appris à comprendre le langage de la nature, et à distinguer quand elle les lui demande ces médications! et il dit volontiers comme *Sydenham*, l'*Hippocrate* anglais : Je renoncerais à la médecine, si on m'ôtait l'opium. Il sait que les fièvres, que certains croient guérir avec les sangsues, ont surtout quatre médications héroïques : les évacuans, le quinquina, l'opium et la saignée.

« Il est puissant aussi par les purgatifs surtout, les purgatifs que tous les siècles ont nommés *médecine* par excellence, selon l'intention de la nature, qui les a si abondamment prodigués en tous lieux. L'abus qu'on en a fait prouve en leur faveur; car c'est une chose reconnue en philosophie que les meilleures choses sont celles dont on abuse. Donc, gardons-en l'usage, et évitons les abus. Que penser après cela des hommes, qui, faisant en médecine ce que d'autres ont fait en d'autres matières qui ne sont pas ici de mon sujet, ont rejeté les purgatifs parce qu'on en avait abusé ?

« Le médecin est bien puissant aussi par la médecine morale, surtout dans les maladies nerveuses, et dans beaucoup d'autres qui sont sous la dépendance de l'imagination et de l'ame. S'il a su se rendre digne par sa science et sa conduite de toute la confiance des malades, il fait presque des miracles lorsque les drogues ne peuvent plus qu'irriter le mal. Si un charlatan comme *Mesmer* a pu guérir tant de maladies rebutées par tous les praticiens de la capitale, que ne fera pas un médecin qui saura au besoin parler à l'ame et guérir l'imagination.

« Et la chirurgie, entre des mains habiles : que d'hommes lui doivent la vie ! C'est le chirurgien surtout qui est le ministre bien-aimé de la nature lorsqu'il lui prête ses instrumens pour débrider une hernie, extraire un corps étranger qu'elle se tue à expulser, et où pourtant encore elle fait des merveilles, soit en le conduisant souvent comme par la main jusqu'aux tégumens, soit en l'entourant d'un kiste, etc.

« C'est encore au médecin qu'appartient par droit d'études le privilége de dicter des règles d'hygiène, non-seulement aux particuliers et aux classes laborieuses, mais même aux gouvernemens. Qu'on réfléchisse à tout ce qu'à fait l'hygiène pour l'assainissement des villes dont elle a chassé la peste, presque sans retour, des grands hôpitaux, des demeures particulières, etc Oui, l'hygiène est bien puissante pour le bonheur et le bien-être de l'humanité; elle a déjà beaucoup fait, il lui reste beaucoup à faire encore; elle n'est point assez cultivée, assez enseignée. Appelons de nos vœux le jour où chaque ville aura, comme Metz et quelques autres villes encore, des cours publics d'hygiène faits surtout pour les classes laborieuses.....

« Nous avons payé notre tribu d'éloges à la science moderne, en tout ce qui regarde la physique, la chimie, l'histoire naturelle, et aussi, bien entendu, l'anatomie ; en un mot, en tout ce qu'il y a de matériel dans la nature. Mais l'esprit qui anime et remue toute cette matière, la science d'ensemble qui embrasse toute la nature, qui sait en puissance tout ce qu'elle doit contenir sans l'avoir remuée atome par atome, la science antique, en un mot, la science intuitive des premiers âges, cette science des anciens qui, plus près que nous de la nature, l'ont mieux observée, cette science des traditions primitives, qu'en avons-nous fait ? Qu'en ont fait ces hommes qui ne craignent pas de rompre avec le passé ? *Scientia instauranda ab imis fundamentis.* Insensés, qui, nous traitant en enfans trouvés, voudraient nous faire répudier la gloire, les travaux et les préceptes de nos pères, et nous tenir sans cesse dans les langes d'une perpétuelle enfance scientifique ! L'humanité est vieille, bien vieille ; elle a payé d'assez de plaies et de cicatrices sa longue et douloureuse expérience, pour qu'elle ait droit de rejeter ses regards en arrière et de profiter des leçons du temps. Pour les médecins hippocratistes, *toujours anciens* et *toujours nouveaux*, ils ne répudient aucune découverte soit ancienne soit moderne : ce qu'ils rejettent seulement, ce sont ces brevets d'invention que quelques-uns voudraient se faire délivrer en mettant en titre de leurs livres : *Nouvelle doctrine.* Nouvelle doctrine ! est-ce qu'on invente une doctrine comme on invente la poudre à canon, l'imprimerie ou les machines à vapeur ! L'homme ne crée pas la vérité, et il n'y aurait nulle témérité à porter le défi de citer une seule nouvelle doctrine depuis l'origine des choses jusqu'à ce jour. Et n'est-ce pas là ce que disait *Hippocrate* dans un passage de son livre de *Priscâ medicinâ*, que l'on croirait écrit d'hiver ?..... »

Nous terminerons ces citations, en trascrivant un court *avant-propos* de l'auteur, qui caractérise mieux que tout ce que nous pourrions dire son esprit et sa direction médicale. Cette dernière citation nous dispensera, d'ailleurs, d'exprimer un jugement sur les précédentes.

« Je dois à la vérité de déclarer ici que, bien qu'elles soient le fruit de mes études médicales et philosophiques, plusieurs des idées des premières pages ont été rédigées sous l'inspiration des écrits du docteur *Bautain* de Strasbourg, que je lis depuis long-temps. J'ai conservé beaucoup de ses expressions, des phrases même presque entières, sans citation, parce qu'à toutes j'entremêlais quelque chose du mien.

« Le reste de ma thèse est aussi dû plus spécialement à la méditation des leçons et des écrits de M. le professeur *Cayol.*

« De tout cela et de beaucoup d'autres choses j'ai recueilli à la hâte des *fragmens*, des idées, des réflexions, des pensées, plutôt qu'une discussion dans toutes les formes. Je n'en avais pas le temps. J'ai posé, si l'on veut, des jalons pour ma gouverne dans l'immense domaine de la philosophie et de la médecine, là où l'horizon fuit toujours devant nous. J'unis la philosophie à la médecine, parce qu'elles sont inséparables, et l'histoire prouve qu'elles ont toujours été *inséparées;* et certes, je ne crains pas que mes juges m'en fassent un reproche : bien au contraire j'ai été soutenu dans cette tâche pénible par la persuasion que si mes efforts ne leur paraissaient pas répondre à la haute gravité de mon sujet, ils loueraient au moins mon zèle et mon ardent amour pour la science. J'avais aussi entrevu une autre voie bien large : c'était de coordonner le plus

possible de ces observations entassées en monceaux sur la science qu'elles étouffent. Mais il faudrait un autre *Hippocrate* pour faire une immense synthèse de toutes ces tables votives. J'ai tâché d'indiquer dans le courant de ma thèse, et spécialement à l'article *Faits et explications*, comment je comprends cette œuvre immense, continuation de celle d'*Hippocrate.* »

CLINIQUE DE L'HOTEL-DIEU DE LYON.

—

Trimestre de juillet 1832.

—

SERVICE DE M. BRACHET.

(Deuxième article.)

Cystite.

Je ne parlerai de la cystite que pour faire observer qu'elle ne s'est jamais présentée seule et indépendante, toujours elle était compliquée : deux fois avec la métrite, et une fois avec la gastro-entérite. En voyant la rareté de la cystite idiopathique, comparée à la fréquence de la phlegmasie des autres organes, on est porté à rechercher la cause de cette différence. Serait-ce parce que, d'une part, la vessie ne joue par ses fonctions qu'un rôle secondaire dans l'économie, et que ses sympathies actives et passives sont très-limitées; ou parce que, d'autre part, sa sensibilité normale, étant montée au point de supporter sans inconvénient la présence d'un liquide très-âcre, ne peut dès lors trouver que difficilement de cause d'excitation plus grande que celle de l'urine. Cette remarque ne peut pas s'étendre à toutes les époques de la vie; car dans la vieillesse le catarrhe vésical est très-fréquent, chez les hommes surtout, circonstance qui mériterait peut-être de fixer l'attention pour en connaître la cause.

Rhumatismes. — Les rhumatismes ont été très-nombreux. Dix rhumatismes aigus, pendant la saison des chaleurs, sont un nombre qui paraîtrait étonnant, si l'on ne savait pas que cette maladie est peut-être aussi fréquente en été qu'en hiver. On serait porté à trouver là une contradiction, ou tout au moins une bizarrerie choquante, puisqu'il est bien reconnu que c'est l'impression du froid, et surtout du froid humide, qui est la cause ordinaire de cette affection, et que la chaleur est nécessaire à sa guérison et à sa prophylaxie. Mais cette apparence de contradiction cessera, si l'on remonte à la cause qui a déterminé la maladie de chaque individu. En effet, quoique la chaleur n'ait point causé les rhumatismes aigus qui sont entrés dans notre salle, cependant elle a eu part à leur production, et voici comment. Toutes les malades ont avoué l'imprudence de s'être refroidies pendant qu'elles avaient bien chaud, soit en se déchargeant de vêtemens incommodes, soit en s'exposant à un air frais et en y restant sans agir, soit enfin en se mouillant avec de l'eau froide. C'est donc l'impression du froid, c'est le froid lui-même qui a été la cause déterminante de la maladie. Une objection se présente, c'est qu'en été l'atmosphère n'est jamais assez froide pour produire sur le corps les effets de la température de l'hiver; il suffit, pour combattre cette objection, de faire observer que tout est relatif. En été, lorsque le corps est accoutumé à une température de 30 à 34° (Réaumur), et surtout lorsqu'il a été mis en sueur par l'exercice, sa sensibilité est plus vivement affectée par une transition subite à une température de 18 ou 20°, qu'en hiver par le passage de 10° à 0. Ainsi la chaleur met l'économie dans des conditions telles qu'elle ne peut recevoir que des influences fâcheuses par les transitions atmosphériques si communes en été : elle n'est différemment affectée que parce que ses conditions sont différentes.

Nous avons pu nous convaincre de plus en plus que le siége du rhumatisme n'était point dans les muscles, ou que, s'il y était quelquefois, cela ne pouvait avoir lieu que bien rarement; car nous n'en avons pas encore reconnu un seul cas. S'il en est ainsi, on voit combien est fausse la dénomination de myopathie qu'on a voulu lui donner dans ces derniers temps. Si l'on cherchait à créer une nouvelle dénomination, il faudrait qu'elle exprimât son siége véritable. Or, comme le siége de la maladie est dans les tissus blancs ou fibreux, elle devrait contenir la désignation de ces tissus.

Rien n'est plus bizarre que la mobilité du rhumatisme; nous avons eu occasion de la remarquer dans les dix faits qui ont été observés. Sur deux malades seulement le mal avait envahi toute l'économie à la fois; sur cinq, il se promenait d'une articulation à l'autre : tantôt plusieurs étaient prises à la fois, tantôt il n'y en avait qu'une; quelquefois même tous les membres paraissaient libres; mais ce n'était que momentanément; et l'espoir d'une prompte guérison s'évanouissait bientôt au retour des douleurs sur une nouvelle partie. Dans trois cas seulement le rhumatisme est resté fixé d'une manière invariable sur la partie qu'il avait primitivement envahie.

En général, la maladie a été peu longue, ce qui dépend sans doute de la température de la saison, qui favorise l'administration des remèdes les plus convenables, et seconde leurs effets en rendant les sueurs plus faciles. Une chose remarquable, c'est que, pendant toute la durée de l'état aigu de l'affection, le pouls conserve un peu plus de vitesse et de raideur; il y a vraiment fièvre. Le sang tiré par la saignée a toujours présenté la couenne inflammatoire, ce qui semblerait devoir assimiler le rhumatisme aux phlegmasies les plus aiguës. Ceci tendrait encore à prouver que la maladie est générale et non purement locale. Ce travail pathologique du sang ne s'observe jamais lorsqu'une maladie est tout-à-fait locale ou localisée. Peut-être même pourait-il servir à expliquer, bien mieux qu'on ne l'a fait jusqu'à présent, cette mobilité extraordinaire du rhumatisme, et les déplacemens si subits du siége des douleurs. Voilà de l'humorisme dira-t-on; oui, sans doute, en voilà. Il faut bien reconnaître que les

humeurs, et surtout le sang, sont malades, lorsqu'ils le sont, à moins de se mettre sur les yeux le bandeau impénétrable des doctrines hypothétiques.

Après les évacuations sanguines préliminaires, l'opium, à haute dose, a été administré à sept malades. Chez toutes, la violence des douleurs a été apaisée: une seule a été guérie complètement en trois jours; pour les autres, nous avons eu recours aux bains de vapeurs aromatiques. Deux malades qui avaient des signes bien prononcés d'embarras gastrique, ont été soumises à l'emploi du tartre stibié à haute dose: l'une a été guérie en huit jours; l'autre n'a été que soulagée, et les bains de vapeurs ont achevé la guérison. Les bons effets de ces bains sont incontestables; nous les avons constatés bien des fois, en été surtout; mais ils agissent avec plus de lenteur que l'opium ou le tartre stibié: malheureusement ces deux médicamens n'achèvent pas toujours la guérison.

Les deux rhumatismes chroniques n'ont présenté rien de particulier, si ce n'est leur durée interminable et l'impuissance désolante de toutes les médications. L'un des deux (c'était la nommée Marie Decous, âgée de 17 ans, qui en était atteinte) s'est compliqué successivement de plusieurs autres maladies: une angine, une pleuro-pneumonie, et une fièvre typhoïde, sont venues tour-à-tour varier la scène; sans avoir, sur la maladie primitive, d'autre influence que de diminuer momentanément le gonflement articulaire. Enfin, la malade est sortie vers la fin de septembre pour aller essayer les bains dans la vendange et dans la grappe en fermentation. Le rhumatisme occupait le genou.

Ménorrhagie.

Ménorrhagie.—Dans les trois faits de ménorrhagie que nous avons recueillis, la maladie était déjà presque chronique, puisque la moins ancienne n'avait pas moins de trois semaines. Elle était survenue très-abondante quinze jours après un accouchement naturel. Déjà plusieurs médicamens javaient été essayés: inutilement: 36 grains de seigle ergoté en poudre, dans une potion acidulée, arrêtèrent l'hémorrhagie, et la malade fut rapidement guérie. La même substance fut administrée à l'une des deux autres, et continuée pendant quatre jours sans produire aucun effet. J'eus alors recours à l'extrait de ratanhia à la dose de 20 grains par jour, et la perte s'arrêta assez promptement. Ces deux faits ne peuvent rien faire conclure pour ni contre les effets du seigle ergoté. Ils lui seraient plutôt défavorables; car s'il a réussi dans un cas, il a échoué dans l'autre, et le succès du premier fait peut être indépendant du médicament, puisque tous les jours nous voyons des hémorrhagies utérines s'arrêter spontanément sans autre remède que le repos. Cependant les deux malades n'étaient pas dans les mêmes conditions; cette différence pourrait nous expliquer pourquoi il a réussi chez l'une et échoué chez l'autre. Dans le premier cas, en effet, l'hémorrhagie était survenue à une époque peu éloignée de l'accouchement. Alors l'utérus conserve encore plus de volume que dans son état normal. Or, la propriété spéciale du seigle ergoté étant de déterminer des contractions utérines, il est assez naturel de penser qu'il aura agi en produisant des contractions encore nécessaires pour ramener la matrice à son volume ordinaire; tandis que dans l'autre cas, il n'y avait point de contractions à déterminer. S'il en était ainsi, on voit dans quelles circonstances le seigle conviendrait, et dans quelles circonstances aussi il serait inutile. Déjà on en a signalé les bons effets dans les pertes utérines qui suivent les accouchemens; mais il me semble qu'on a voulu en étendre trop loin les applications.

Dans le troisième cas de ménorrhagie, la maladie durait depuis quarante-cinq jours chez une femme âgée de 36 ans. Une saignée de six onces est pratiquée au bras, afin de rompre la direction fluxionnaire qui s'opère sur la matrice. En même temps la tisane de racine de grande consoude, et 12 grains d'extrait de ratanhia, dans un julep, sont prescrits. Au bout de deux jours, la perte est complètement arrêtée; mais la matrice devient plus douloureuse, et il s'y établit une inflammation bien caractérisée (4 sangsues à chaque cuisse, tisane émulsionnée, potion mucilagineuse avec une once de sirop diacode, cataplasme de graine de lin sur le bas-ventre). Le lendemain l'inflammation persiste avec autant d'intensité (mêmes remèdes, saignée de 8 onces). La malade est guérie en deux jours. Ce fait, en apparence insignifiant, ne laisse pas que d'offrir quelque intérêt pour la pratique médicale. Une hémorrhagie qui durait depuis quarante-cinq jours, est arrêtée: la suppression de cet écoulement, devenu en quelque sorte habituel, a causé l'inflammation de l'organe qui en était le siége, parce que la fluxion hémorrhagique n'ayant pas pu être détournée aussi promptement que l'hémorrhagie a été arrêtée, une sorte de stase sanguine s'est opérée dans l'organe, et la phlegmasie en a été la conséquence. Ce fait, joint à mille autres faits semblables, prouve que c'est avec la plus grande réserve qu'on doit procéder à la suppression des hémorrhagies devenues chroniques, et qu'il ne faut pas le faire sans combattre non-seulement l'écoulement sanguin, mais la fluxion hémorrhagique, en la détournant sur un autre point par de petites saignées réitérées ou par quelque autre révulsif. La rapidité avec laquelle la métrite a disparu vient confirmer ce que nous avons fait remarquer au sujet d'une céphalite traumatique, que les inflammations, pour ainsi dire physiques, sont plus faciles à guérir que celles qui résultent d'une cause interne. J'attribue la métrite, qui a eu lieu, à l'action physique du sang retenu dans l'utérus par la suppression de la perte: le mal a dû céder dès qu'on a enlevé la cause matérielle qui l'avait produit.

Coqueluche.

Il serait trop long d'entrer dans des détails circonstanciés sur les affections nerveuses que nous avons eu à traiter. Elles se sont présentées sous toutes les formes, et à des degrés d'intensité excessivement variables. J'ai fait tous mes efforts pour établir des distinctions capables de bien caractériser chacune de ces affections. Il n'en est qu'une que je ne passerai pas sous silence, c'est la coqueluche, à cause de la

versatilité qui règne encore dans les opinions sur le caractère et sur le siége de cette singulière maladie.

Quatre coqueluches ont été traitées et guéries. Une seule était simple ; les trois autres étaient compliquées de catarrhe. La première est entrée le 5 août, et est sortie le 22 à peu près guérie. La jeune fille qui en fut le sujet, Marguerite Astier, était âgée de 8 ans. La maladie durait depuis quinze jours. Nous fîmes vomir la malade à son entrée et cinq jours après. La fréquence et l'intensité des quintes furent bien diminuées. Cependant, comme elles persistaient, un emplâtre stibié fut appliqué entre les deux épaules, et acheva la guérison. Ce fait, très-simple, a besoin d'être réuni à d'autres pour prouver les bons effets des évacuans et des révulsifs ; aussi je ne m'y arrêterai pas.

Deux des coqueluches compliquées de catarrhe pulmonaire se sont présentées sur les deux sœurs, Pierrette et Eugénie Barbarin, la première âgée de 7 ans et la seconde âgée de 2 ans. Toutes deux étaient scrofuleuses et atteintes d'un catarrhe pulmonaire muqueux à peu près constitutionnel. Aussi la maladie, qui déjà comptait plusieurs mois d'existence lorsque ces enfans sont entrées à l'hôpital, a-t-elle duré bien long-temps. La coqueluche s'était en quelque sorte identifiée avec le catarrhe, et le catarrhe ne pouvait se guérir facilement.

Le fait de coqueluche le plus important est celui qui a été recueilli sur Marie-Jacque Lard, âgée de 8 ans. Cette jeune fille est entrée le 24 juillet au n° 190. Elle était depuis quelques jours atteinte d'un catarrhe pulmonaire intense, lorsque les symptômes de la coqueluche se prononcèrent avec beaucoup de violence. L'intensité des deux maladies et l'état de vitesse et de plénitude du pouls me décidèrent à faire mordre 8 sangsues à l'épigastre (tisane de guimauve et de violette édulcorées, loock blanc.) Le sang coula abondamment et produisit une amélioration notable dans les symptômes. La maladie parut stationnaire pendant trois jours. Une nouvelle application de 8 sangsues eut lieu à la partie supérieure de la poitrine. Les accidens furent enlevés presque subitement, et, trois jours après, il n'y avait plus de trace ni du catarrhe, ni de la coqueluche. La malade est sortie, le 5 août, parfaitement guérie.

Ce fait serait on ne peut pas plus favorable au traitement antiphlogistique le plus énergique; et, si l'on pouvait conclure sur un seul cas, jamais méthode thérapeutique n'aurait promis de plus brillans succès que les évacuations sanguines. Cette conclusion serait aujourd'hui non-seulement anticipée et hasardeuse, mais démentie par l'observation. Le plus souvent le traitement antiphlogistique échoue. Pourquoi dans cette circonstance a-t-il donc procuré une guérison aussi prompte? Quelques réflexions préliminaires sont indispensables avant de répondre à cette question. Tantôt la coqueluche se développe spontanément, qu'elle soit ou non précédée d'un catarrhe pulmonaire ; tantôt elle est occasionée par le catarrhe pulmonaire. Le premier cas est le plus fréquent. La maladie dépend alors de l'épidémie régnante; elle est idiopathique, quelles que soient ses complications. Dans le second cas, la coqueluche se développe indépendamment de toute espèce d'épidémie et par les seules modifications qu'imprime le catarrhe pulmonaire aux organes qui sont le siége de la coqueluche. Alors la maladie est secondaire, et on peut dire symptomatique. Elle est sous la dépendance du catarrhe pulmonaire pendant quelques jours; car bientôt elle devient à son tour idiopathique ou essentielle. C'est pendant qu'elle est encore dans la première période que les antiphlogistiques purs la font, en quelque sorte, avorter en dissipant le catarrhe qui en était la cause : *Sublatâ causâ, tollitur effectus.* Mais lorsque la maladie est parvenue à la seconde période et qu'elle est devenue essentielle, alors les antiphlogistiques échouent à peu près constamment. Il est donc de la plus haute importance d'établir cette distinction pour la pratique, ainsi que pour se rendre raison des succès obtenus quelquefois, et des insuccès nombreux de la méthode anti-phlogistique. Il se passe ici pour la coqueluche ce que nous avons eu bien des fois occasion d'observer pour la fièvre intermittente. Tantôt, en effet, et c'est le cas le plus ordinaire, la fièvre intermittente est épidémique et occasionée par les effluves marécageux : alors elle est essentielle ou idiopatique. Tantôt, et c'est le cas le plus rare, elle est produite par une gastrite, une gastro-entérite, ou une hépatite : alors elle est symptomatique ou secondaire. Dans le premier cas, les évacuations sanguines sont insuffisantes pour arrêter la pyrexie. Dans le second, au contraire, elles en triomphent avec facilité, parce qu'elles dissipent la maladie première dont la fièvre dépendait, pourvu qu'elle soit encore symptomatique et qu'elle n'ait pas eu le temps de devenir essentielle. C'est pour avoir méconnu cette distinction que, dans le temps, la doctrine dite physiologique eut la prétention, d'après quelques faits, d'établir le caractère inflammatoire de la fièvre intermittente, et d'en faire une gastrite ou une gastro-entérite intermittente,

Il règne une si grande divergence dans les opinions sur la nature et sur le siége de la coqueluche, qu'on me pardonnera les réflexions que j'ai faites sur ce sujet. Pour résoudre une pareille question, il est indispensable d'invoquer l'anatomie et la physiologie pathologiques : sans elles il est impossible d'étayer une opinion médicale de preuves convaincantes.

Comme la coqueluche simple n'est pas mortelle, il semble que l'anatomie pathologique doive être muette sur le sujet important qui nous occupe. Ce serait une erreur que de le croire, parce que avec une méthode analytique elle concourt puissamment à nous éclairer. Puisque la coqueluche ne fait pas mourir, c'est donc à une maladie étrangère, à une complication, que les enfans succombent lorsque cette fâcheuse terminaison a lieu. Dès lors il est indispensable, dans l'autopsie cadavérique, de faire l'appréciation des altérations qui appartiennent à la maladie complicante et de celles qui sont propres à la coqueluche. Ce n'est que par cette distinction qu'on peut arriver à s'entendre et à débrouiller le chaos qui a régné jusqu'aujourd'hui. Les complications qui causent le plus ordinairement la mort sont le catarrhe pulmonaire, la péripneumonie, la gastrite, la gastro-entérite, les convulsions, et quelque-

fois des combinaisons de plusieurs de ces complications simples. Les altérations pathologiques reconnues par la nécropsie ont toujours été en harmonie avec la maladie complicante à laquelle le sujet a succombé. Lorsque c'était le catarrhe pulmonaire, la membrane muqueuse bronchique a été trouvée rouge ; lorsque c'était la péripneumonie, une plus ou moins grande étendue du poumon présentait l'inflammation limitée dans un seul point ou disséminée dans plusieurs ; très-souvent aussi la membrane muqueuse était en même temps enflammée, parce qu'il est rare que cette péripneumonie existe seule; presque toujours elle est unie au catarrhe. Lorsque c'était la gastrite ou la gastro-entérite, c'était la membrane gastro-intestinale qui était le siége des altérations. Lorsque, enfin, le malade a été enlevé par des convulsions ou toute autre maladie de l'encéphale, c'est dans ce dernier organe qu'on a rencontré les altérations pathologiques. Dans ces dernières circonstances, la membrane muqueuse bronchique était pâle et saine, ainsi que je l'ai vu dans un cas où le malade avait péri dans une crise de convulsions survenues pendant une quinte de coqueluche : la membrane muqueuse pulmonaire était saine dans toute son étendue ; les recherches les plus minutieuses ne purent y faire trouver la moindre altération.

D'après ce résumé des opérations nécropsiques, il est évident que l'inflammation de la membrane bronchique n'est pas essentielle à la coqueluche, puisqu'elle a manqué bien des fois. Si elle s'est présentée le plus souvent, c'est parce qu'elle en est la complication la plus fréquente ; mais elle n'est toujours que complication. Que dirait-on de celui qui voudrait que la coqueluche fût une arachnitis, parce que dans ses autopsies il aurait rencontré le plus souvent les traces de cette inflammation ? On l'accuserait de généraliser une individualité ; on l'accuserait surtout de prendre la complication pour la maladie essentielle. Cette accusation serait vraie, et pourtant il aurait tout aussi bien raison que celui qui prendrait le catarrhe pulmonaire pour la coqueluche; car le catarrhe n'est la coqueluche pas plus que l'arachnitis: comme elle, il en est une complication. Ainsi, quoique les autopsies cadavériques ne fassent connaître ni l'organe malade, ni le siége de la maladie, elles nous signalent ce qui n'est pas; et, si elles ne conduisent pas à la vérité, elles préservent de l'erreur en démontrant les organes qui ne sont pas méthodiquement par voie d'exclusion. Cependant il résulterait toujours une lacune, si l'investigation physiologique des symptômes de la maladie ne venait pas nous aider à fixer notre opinion.

Observons une quinte de coqueluche, et analysons ses phénomènes.

Un enfant paraît jouir de tous les attributs de la santé ; mais toutes les deux, trois, quatre, cinq, dix heures, il sent une titillation au larynx et un besoin de tousse insurmontable qui provoquent une toux convulsive saccadée, avec inspiration sifflante, pendant laquelle le sang se porte à la tête, fait rougir avec intensité et grossir les lèvres et les yeux, et se termine par l'expectoration d'une matière glaireuse abondante, souvent accompagnée de vomissement. Si une partie seulement de cette matière est expectorée, la quinte n'est pas finie, elle recommence jusqu'à son expulsion complète.

Cet exposé succinct des phénomènes de la coqueluche fournit des matériaux précieux à l'objet de nos recherches.

La *titillation du larynx* est une sensation perçue par l'encéphale : c'est une sensation cérébrale siégeant dans le larynx, et transmise au cerveau par les nerfs laryngés et récurrens laryngés, nerfs appartenans à la huitième paire.

Le *besoin insurmontable de tousser* est une autre sensation cérébrale transmise à l'encéphale par les filets des pneumogastriques qui se distribuent aux poumons, ainsi que je l'ai prouvé dans mes recherches expérimentales sur les fonctions du système nerveux ganglionaire, ouvrage couronné par l'Institut. Ces deux sensations sont occasionées par la présence de la matière glaireuse dans les capillaires bronchiques. Bientôt son accumulation entraînerait la suffocation, si l'économie n'était pas avertie du danger pour le conjurer. Quoique ces deux sensations ne soient que le résultat pour ainsi dire physique de ces glaires, elles n'en sont pas moins des sensations reçues et transmises par des nerfs cérébraux. Les quintes de *toux convulsives* dépendent de l'action des muscles pectoraux, intercostaux et diaphragme, recevant tous le principe de leur action du cerveau ; l'un au moyen des nerfs diaphragmatiques, les autres au moyen des nerfs intercostaux. L'*inspiration suffisante* dépend d'un mouvement spasmodique particulier des muscles du larynx qui se meuvent sous l'influence de l'encéphale au moyen des nerfs laryngés supérieurs et récurrens. Jusque-là tout est névrose dans les phénomènes de la coqueluche, et névrose du système nerveux cérébral, puisque les deux pneumogastriques, les diaphragmatiques et les paires dorsales sont des nerfs cérébraux. Il serait inutile de chercher la part plus ou moins active qu'y prend chaque nerf ; il me suffit d'avoir établi que ces phénomènes sont nerveux, et qu'ils dépendent du système céphalo-rachidien.

Quoique la rougeur et la bouffissure des parties supérieures, pendant chaque quinte, soient des phénomènes bien apparens, ils ne comptent pour rien dans la recherche que nous faisons, parce qu'ils sont une conséquence pour ainsi dire mécanique des autres phénomènes. Ils dépendent de la pression qu'exerce l'air sur les capillaires sanguins pendant les efforts de la toux, de l'obstacle que cette pression apporte au passage du sang à travers les poumons, et du refoulement de ce liquide dans les cavités droites du cœur, et de proche en proche jusque dans les capillaires de la tête.

Il ne nous reste donc plus qu'un phénomène à examiner, c'est l'*expectoration de la matière glaireuse*. Cette matière joue le plus grand rôle dans la coqueluche, puisque sa présence provoque les quintes, et les entretient ou les renouvelle jusqu'à ce qu'elle ait été expulsée en entier. Elle ne ressemble en rien à la mucosité du catarrhe lorsque la coqueluche est simple ; elle n'est pas et ne peut pas être le résultat de l'inflammation, puisque nous avons vu que la membrane muqueuse pulmonaire n'était pas enflammée. Elle est cependant un produit pathologique dépendant d'une viciation de sécrétion. Il se passe ici ce qui se passe dans les reins, dans le diabètes. Personne n'attribue à la néphrite l'urine diabétique ; elle est un vice de sécrétion dépendant de la modification qu'a éprouvé l'organe sécréteur. Or, il est bien reconnu aujourd'hui

que les sécrétions s'exécutent sous l'influence directe du système nerveux ganglionnaire. Lorsque les sécrétions sont viciées, elles dépendent donc d'une modification de l'organe, et cette modification est elle-même le plus souvent une dépendance de la manière dont l'organe est influencé par le système nerveux ganglionnaire. Et bien! ce qui s'opère dans les reins pour l'urine diabétique, s'opère également dans la membrane muqueuse pulmonaire de la coqueluche. En dernière analyse, le système nerveux ganglionnaire, modifié le premier, est la cause de la modification de la membrane muqueuse, et consécutivement de la matière glaireuse expectorée. Donc c'est une sorte de névrose de ce système nerveux dans les plans qui se distribuent aux bronches. Donc la coqueluche est réellement une névrose, à laquelle participent également les deux systèmes nerveux. Quoique cette conclusion paraisse rigoureuse, on peut cependant lui faire une objection qu'il importe de réfuter. Puisque, dira-t-on, c'est la présence de la matière glaireuse, dans les bronches, qui provoque les quintes de toux en occasionant la titillation du larynx et le besoin d'expectorer, toute la maladie gît dans la sécrétion de cette matière; les autres phénomènes n'en sont que symptomatiques et dépendans. Quoique spécieux, ce raisonnement n'est pas juste. En effet, si les quintes de toux ne reconnaissaient pour cause que le besoin d'expectorer, elles ressembleraient à toutes les toux qui sont provoquées par la présence d'une mucosité quelconque. Mais ici quelle différence! Elle est si grande, qu'il est impossible à quiconque en a entendu une de jamais la méconnaître: la manière dont elle est saccadée, et l'inspiration sifflante dont elle s'accompagne, ne permettent pas de s'y tromper. Ces quintes sont exclusivement propres à la coqueluche; elles sont un spasme, on peut dire, spécial. Il faut donc que les bronches du système nerveux cérébral, qui en sont le siége, soient modifiées d'une manière particulière pour pouvoir produire une semblable modification dans la toux. On ne dira pas que cette modification dépend uniquement de l'impression de la mucosité glaireuse sur les extrémités nerveuses; car, s'il en était ainsi, il n'y aurait de quintes que lorsqu'il y a un besoin réel d'expectorer la mucosité accumulée dans les bronches. Et cependant il n'en est pas ainsi. Tous les jours nous voyons un enfant qui vient d'expulser largement toute la matière glaireuse à la suite d'une forte quinte, être pris d'une quinte aussi violente que la première, lorsqu'on le fera rire ou sangloter, quoiqu'il n'ait rien à expectorer, et qu'il fût resté trois ou quatre heures sans tousser, s'il n'avait pas ri ou pleuré. Or, je le demande, cette quinte, indépendante de la présence de toute matière glaireuse, aurait-elle lieu si le système nerveux cérébral ne portait pas dans lui la disposition spasmodique qui caractérise la maladie. S'il n'en était pas ainsi, il faudrait admettre un effet sans cause, puisqu'ici la quinte préexisterait à la matière glaireuse ou se développerait sans elle. D'après ces considérations, l'objection tombe d'elle-même, et le système nerveux cérébral participe évidemment à la coqueluche aussi bien que le système ganglionnaire. Ce point de doctrine a été si souvent l'objet des recherches des hommes les plus distingués, qu'il aurait été plus que superflu de nous en occuper aussi longuement, si le peu d'accord qui existe sur le siége et sur la nature de la coqueluche n'était pas une preuve que la matière n'est pas encore épuisée.

Ce n'est point par ignorance que j'ai négligé de parler du vomissement qui a eu lieu si souvent dans les quintes. Je l'ai bien étudié; mais il m'a paru étranger à la coqueluche même; il ne lui est qu'accessoire. Il dépend de la réaction, 1° des secousses que produit la toux sur l'estomac lui-même; 2° de la difficulté que les malades éprouvent souvent à rendre les mucosités qui arrivent au pharynx; 3° de l'impression pénible faite sur l'arrière-gorge par ces mucosités, et de sa réaction sympathique au moyen des pneumogastriques. Dès lors il ne pouvait plus en être fait mention dans la manière dont nous avons envisagé la question.

Dans cette discussion j'ai fait abstraction de la cause première de la maladie pour me renfermer entièrement dans le domaine de la physiologie. Nous avons bien vu, d'après les phénomènes, que les deux systèmes nerveux participaient à leur manifestation: nous avons pu, en conséquence, les regarder comme viciensement affectés, mais cela ne suffit pas, car le mot affection vicieuse est bien général et bien vague. Il n'indique ni l'essence de cette cause pathologique qui détermine tel mode d'affection plutôt que tel autre, ni le principe spécial insaisissable qui règne dans l'atmosphère, et dont l'action sur l'économie dévoile seule l'existence. Ce sont des objets inconnus et abstraits, mais qui n'en sont pas moins réels, quoique notre physiologie matérielle ne les explique pas.

BRACHET.

TUBERCULES

Développés à l'origine des nerfs des troisième, cinquième, septième et huitième paires; perte de l'ouïe, de la vue, de l'odorat; conservation du goût et de la sensibilité des tégumens de la face;

Par M. NÉLATON.

La nommée Catherine Élisabeth Féret, fille, âgée de 21 ans, d'un tempérament lymphatique, fut admise à l'Hôtel-Dieu le 10 mars, et couchée au n° 16 de la salle St-Joseph.

Dès que j'interrogeai la malade, je reconnus qu'elle était privée de l'ouïe; de plus, elle ne savait pas lire: il était dès lors impossible d'obtenir d'elle les renseignemens désirables; je fus réduit à recueillir au milieu de paroles, la plupart sans aucun intérêt, celles qui pouvaient jeter quelque lumière sur la nature de sa maladie et à noter les faits dont j'étais témoin.

Sa physionomie immobile, ses yeux saillans et fixes, son attitude inanimée, ses paroles lentes et difficiles, sa voix même, semblent décéler l'imbécilité.

Elle se plaint continuellement *d'avoir mal dans le*

fond de la tête, dit être enceinte, avoir besoin d'alimens.

Le lendemain de son arrivée, elle vomit des matières bilieuses. La pression épigastrique était douloureuse, la langue rouge et sèche, le pouls fréquent et petit.

Je ne vis alors dans ce groupe de symptômes que les signes d'une phlegmasie gastrique (20 sangsues à l'épigastre, délayans, diète). Le lendemain, point de vomissemens, point de fièvre; cette faible amélioration persiste pendant quelques jours, mais la céphalalgie continue, et la vue nous paraît obscurcie.

Alors seulement, c'est-à-dire vers le 16 mars, les parens de la malade m'apprirent que depuis six ans elle se plaignait constamment de douleurs dans la tête, et depuis cette époque aussi, d'affaiblissement graduel de l'ouïe; que depuis trois mois elle se plaignait en outre de ne plus sentir les odeurs.

M. Honoré n'hésita point alors à penser que ces douleurs ne tinssent à une altération organique ancienne du cerveau ou de ses enveloppes, et s'arrêta de préférence à l'idée de tubercules développés dans le cerveau, sans toutefois en préciser exactement le siége, cherchant alors à éclairer cette partie du diagnostic, j'interrogeai les fonctions de l'encéphale une à une.

Je fus obligé de réformer l'opinion que je m'étais faite sur l'intelligence de la malade, et il me sembla qu'il n'y avait de gêne que dans la manifestation de ses idées.

Je constatai en outre 1° que la sensibilité de la peau était conservée intacte aussi bien à la face que dans tout le reste de son étendue.

2° Que les mouvemens volontaires étaient libres des deux côtés, et jouissaient de toute leur énergie.

3° Que l'ouïe était perdue presque complètement (la malade entend quelques mots lorsqu'on élève très-fortement la voix).

4° Que la vue, seulement affaiblie pendant les premiers temps du séjour de la malade à l'hôpital, était alors entièrement abolie (pupilles dilatées, immobiles, même à l'approche d'une lumière).

5° Qu'un stylet promené à la surface de la conjonctive oculaire ne provoquait aucun signe de sensibilité, bien que cette membrane fût évidemment très-enflammée et sèche, la sécrétion lacrymale étant interrompue.

6° Que la membrane pituitaire avait perdu la sensibilité générale et olfactive. Un stylet introduit dans les fosses nasales peut en toucher tous les points sans que la malade paraisse même s'en apercevoir; de la pommade ammoniacale placée sous les narines paraît d'abord ne produire aucun effet, mais excite, au bout de quelques minutes, des efforts de toux.

7° La faculté gustative de la langue est au contraire conservée, car la malade reconnaît du sel marin placé dans sa bouche, la sensibilité générale de la langue est également intacte, les gencives ne sont pas tuméfiées.

Cependant la malade se plaint toujours d'éprouver une violente céphalalgie, elle pousse des gémissemens continuels, porte constamment les mains à sa tête; ses gestes et sa physionomie expriment la souffrance la plus aiguë; elle passe alternativement de l'agitation à un état d'abattement et de coma (dérivatifs sur le canal intestinal, révulsifs cutanés).

Huit jours se passent sans que nous observions d'autre changement que l'injection toujours croissante et le boursoufflement de la conjonctive, l'opacité de la partie supérieure de la cornée plus prononcée surtout à l'œil gauche, le ramollissement de cette membrane dans le voisinage de la sclérotique (on n'aperçoit pas de fausses membranes dans la chambre antérieure de l'œil).

Le 3 mai, un accident inattendu vient fixer l'attention: un accouchement prématuré et plusieurs hémorrhagies utérines très-abondantes viennent épuiser le peu de vie que de longues douleurs avaient laissé à la malade.

Autopsie, 26 heures après la mort. — Le crâne est régulièrement conformé.

Après en avoir retiré le cerveau, je fus frappé du volume considérable que présentait la portion des nerfs encéphaliques qui restait attachée au cerveau.

Le méso-céphale et le bulbe rachidien sont aussi très-développés.

Les nerfs olfactifs et optiques, que j'examinai de suite avec mon collègue M. Bell, ne nous présentèrent aucune lésion dans tout leur trajet.

La petite tache jaune qui se trouvait dans la section du nerf optique du côté droit, lorsque je présentai la pièce, me parut être un effet de la dessiccation de l'extrémité du nerf, qui dépassait le niveau du liquide dans lequel était plongé le cerveau; j'ai pu, en plaçant dans les mêmes conditions d'autres nerfs optiques, reproduire le même effet.

Les nerfs pathétiques, moteur oculaire externe du côté gauche, glosso-pharyngien et hypoglosse, paraissent exempts de toute maladie.

Tous les autres nerfs encéphaliques présentent une lésion qui est la même pour tous, et qui ne varie que par le degré de développement.

Tous ces nerfs ont au moins trois fois le volume normal; de petites tumeurs sphéroïdes de deux à trois lignes de diamètre sont développées dans l'intérieur même des cordons nerveux ou accolées à l'une de leurs faces.

Quelques-unes de ces tumeurs sont exactement circonscrites, bien que dépourvues de kiste. D'autres, plus irrégulières, semblent formées de plusieurs granulations déposées entre les filets nerveux, dont plusieurs sont écartées, tandis que d'autres traversent la tumeur.

Toutes ces tumeurs sont formées par une matière jaunâtre, opaque, semblable à celle que l'on trouve au centre des tubercules incomplètement ramollis (1).

---

(1) Je crois que c'est la même lésion qui a été observée par M. Serres, à en juger par ce passage :

« Les altérations pathologiques que j'ai observées avaient » produit une atrophie du nerf ou une hypertrophie avec » ramollissement considérable de sa substance dans le canal » auditif; deux fois je l'ai rencontré réduit en une matière » pultacée d'un blanc jaunâtre. » (Serres, *Anatomie comparée du système nerveux dans les quatre classes d'animaux vertébrés*, tome 1er, pag. 453.)

En divisant longitudinalement le nerf et la tumeur en deux parties, chaque moitié présente, dans la coupe, des filamens cellulaires grisâtres, qui semblent être le résultat de la destruction de la partie médullaire des filets nerveux qui traversent le tubercule.

La plupart de ces tumeurs sont placées très-près du point d'émergence de la racine du nerf hors de la substance cérébrale.

Le nerf, après avoir traversé cette masse tuberculeuse, diminue brusquement de volume.

Examinant cette lésion dans chaque nerf en particulier, voici ce que nous trouvons.

Les deux nerfs moteurs oculaires communs sont implantés au sommet d'un cône appliqué à la surface des pédoncules du cerveau, dans le point d'origine ordinaire de ces nerfs. Ces cônes, exactement semblables des deux côtés, sont formés par la matière que nous avons décrite.

On en trouve de même dans les nerfs de la cinquième paire, des deux côtés, mais à des distances variables de leur point d'origine.

Pour le nerf du côté droit, la tumeur est placée à deux lignes des pédoncules du cervelet, elle n'occupe qu'une partie du nerf, la portion musculaire est isolée du tronc principal et paraît intacte.

Pour celui du côté gauche, la lésion ne commence qu'à huit lignes de l'origine du nerf; elle en occupe toute l'épaisseur, et l'on trouve la matière tuberculeuse jusqu'à la partie interne du ganglion de Gasser.

Un petit tubercule d'une demi-ligne de diamètre est placé à la partie inférieure des nerfs moteurs oculaires externes du côté droit. La plupart des filets nerveux passent au-dessus et ne sont point altérés.

Le nerf de la septième paire est altéré depuis son origine jusqu'au fond du conduit auditif interne.

Le pneumo-gastrique du côté droit est malade dans l'étendue d'un pouce à peu près, au-delà de sa sortie par le trou déchiré postérieur.

Les ramifications de ces nerfs ont été poursuivies dans les organes, et n'ont présenté aucune lésion.

Je ne mentionnerai pas les autres lésions trouvées à l'autopsie comme étant étrangères à la question physiologique relative à la cinquième paire, point principal de cette observation.

Je noterai seulement qu'il n'y avait pas de tubercules dans les poumons.

Conclusions.—Cette observation offre une preuve de plus à ajouter à celles qu'a fournies l'anatomie pathologique en faveur de l'opinion de M. Magendie sur les fonctions des nerfs de la cinquième paire; la conservation du goût et de la sensibilité de la peau de la face, qui sembleraient en opposition avec les idées de ce physiologiste, peuvent néanmoins s'expliquer par l'intégrité de plusieurs des filets qui concourent à former le nerf maxillaire inférieur; il est probable que si j'eusse éprouvé la sensibilité de la langue et de la face des deux côtés alternativement, j'aurais trouvé que le goût et la sensibilité générale étaient perdus du côté correspondant à la destruction complète du nerf de la cinquième paire.

Elle confirme en outre cette idée émise par M. Magendie, que le nerf, par lui-même, et indépendamment de ses communications avec le cerveau, exerce une certaine influence sur la nutrition de l'œil. En effet, nous voyons que la nutrition de cet organe est d'autant plus troublée que la lésion s'éloigne de l'origine du nerf; ainsi le ramollissement et l'opacité de la cornée se trouvaient moins prononcés dans l'œil du côté droit, où les nerfs étaient malades à deux lignes seulement de leur origine.

Enfin, je terminerai en faisant observer que si de semblables lésions s'étaient rencontrées chez un halluciné, les partisans de Darwin n'auraient pas manqué de trouver dans ces altérations des nerfs l'explication des hallucinations, ou du moins de voir entre elle et la maladie des nerfs un rapport de cause à effet; or, d'une part il est fréquent de voir des lésions organiques des nerfs sans hallucinations, et d'autre part, on observe très-souvent les hallucinations les plus prononcées sans aucune altération appréciable dans les nerfs.

Notre malade fournit un fait en faveur de la première assertion. Je pourrai citer, à l'appui de la seconde, trois observations recueillies à la Salpêtrière, dans le service de M. Falret: les trois malades qui en font le sujet présentaient, depuis long-temps, des hallucinations de la vue, de l'ouïe, de l'odorat et du goût; il nous fut impossible de découvrir la moindre altération dans les nerfs qui se distribuaient aux organes des sens.

EXTRAIT

DU RAPPORT DE M. H. BELL,

Sur l'observation précédente, à la Société anatomique.

L'observation dont je viens de vous faire l'analyse offre un grand intérêt par la variété des symptômes que la malade a présentés pendant sa vie. Nous voyons confirmés, par la pathologie, plusieurs des faits établis par l'expérimentation physiologique. L'altération de la cinquième paire a amené dans l'organe de la vue toutes les lésions indiquées par M. Magendie: ici il y a identité parfaite, sauf une circonstance qui me semble tout-à-fait accessoire, c'est-à-dire la formation de fausses membranes dans la chambre antérieure de l'œil. Pour l'olfaction, nous voyons la même concordance. Nous prendrons donc les phénomènes observés jusqu'ici comme servant de preuve à l'opinion émise par M. Magendie, que le nerf de la cinquième paire est sinon seul destiné aux fonctions des sens, du moins un auxiliaire indispensable pour que ceux-ci puissent agir. Je rappelerai que les nerfs olfactifs et optiques étaient sains. M. Cruveilhier pensa qu'au centre de l'un des nerfs optiques il existait un petit tubercule. M. Nélaton crut que cette apparence tenait à la dessiccation de l'extrémité du nerf, et ayant placé dans les mêmes conditions d'autres nerfs optiques, il a reproduit le même effet. Mais ici commencent les faits difficiles à expliquer de l'observation. La sensibilité et la motilité de la face étaient dans toute leur intégrité, et en même temps il y avait lésion des plus graves des nerfs de la cinquiè-

me et de la septième paires : or, si quelque chose paraît clairement établi par l'expérimentation et les cas pathologiques, il semble que ce soient les fonctions de ces deux nerfs, relativement aux mouvemens et à la sensibilité. Cependant il me semble que l'intégrité n'était pas aussi parfaite pour les mouvemens que paraît le penser M. Nélaton. Il dit en effet, au commencement de son observation, que *la physionomie est immobile, les yeux saillans, l'attitude inanimée :* et chacun sait que le nerf de la septième paire a surtout été considéré comme nerf d'expression de la physionomie. Un membre de la société paraissait réclamer avec instance une explication de la persistance des mouvemens dans ce cas. J'avoue que si je ne voyais à cela une explication assez plausible, je ne me croirais aucunement engagé à en donner une. Or, la nature de l'altération me semble rendre compte de la difficulté. Il n'y avait pas destruction des fibres nerveuses qui, par leur réunion, forment le tronc nerveux. Seulement, ces petits filets étaient écartés, éloignés les uns des autres. Quelques-uns seulement ont pu éprouver une lésion profonde, et de là les symptômes observés. Ce n'est guère que de cette manière que nous pouvons expliquer la conservation du goût. Comment nous rendrons-nous compte sutrement de l'absence de symptômes offerts par les organes de la respiration et de la digestion, malgré la lésion grave du nerf pneumogastrique, dont les fonctions sont si bien établies par des expériences souvent répétées et faites avec le plus grand soin ?

Il est malheureux que la manière dont le cerveau a été enlevé n'ait pas permis de laisser tous les nerfs en place avec leur origine : on eût pu les suivre avec plus de certitude, et vous eussiez pu voir toute l'étendue des altérations, dont on n'a pu vous montrer que des portions. Il est probable que l'examen des troncs nerveux, au moyen de verres grossissans, eût pu procurer quelques lumières sur les parties réellement altérées. Mais on sait tout ce que les réglemens des amphithéâtres des hôpitaux offrent d'obstacles à des recherches d'anatomie fine.

Je demanderai à la société la permission de lui citer un fait que j'ai eu occasion d'observer et qui se rapproche en partie de celui-ci pour les symptômes : Un homme bien portant reçoit un coup de fleuret boutonné au niveau du trou sous-orbitaire du côté gauche. Il perd de suite connaissance. Bientôt revenu à lui, il s'aperçoit de l'insensibilité complète du côté correspondant de la face, depuis le sommet de la tête jusqu'à la base de la mâchoire. La narine avait perdu sa sensibilité générale et olfactive. Le goût était aboli dans la moitié gauche de la langue. La vue était intacte, mais vers le douzième jour le malade vit survenir une ophthalmie qui s'accompagna bientôt d'obscurcissement de la cornée et de la formation d'une taie à son centre. La sensibilité générale de l'œil avait disparu. On pouvait promener, sur la conjonctive, la pituitaire et le côté gauche de la langue, des corps inégaux, et même piquer ces parties sans que le malade le sentît. Il y avait aussi absence de sécrétion des larmes ; du reste, la mobilité de ce côté de la face était intacte ; et cependant le malade ne pouvait plus opérer la mastication de ce côté, ce qui le gênait singulièrement. Les dents n'avaient pas de force, disait-il, et les alimens distendaient la joue et s'accumulaient dans l'espace qui sépare les dents de la muqueuse génienne, de sorte qu'il était obligé de les repousser avec les doigts. L'ouïe était intacte. Nous voyons, dans ce cas, à peu près toutes les lésions de fonctions que produit la section de la cinquième paire. C'est une sorte d'expérimentation directe, faite par le hasard. Je ne vous citerai pas les exemples d'altérations de la cinquième paire contenus dans les journaux. Presque toutes coïncident plus ou moins avec les deux que je viens de vous citer.

REVUE DES JOURNAUX ANGLAIS.

COQUELUCHE

GUÉRIE PAR LA VACCINE.

L'emploi de la vaccine, dans le traitement de la coqueluche, était déjà connu en Allemagne et en Amérique, lorsque le professeur Thomson l'étudia de nouveau, et consigna ses recherches dans la Gazette médicale de Londres. Depuis, le docteur Chevallier a publié trois cas de succès obtenus à l'aide de ce nouveau moyen ; nous les reproduirons en extrait :

Le fils de son ami William P., âgé d'un an, éprouvait depuis plusieurs semaines de violens accès de toux avec un léger effort spasmodique dans les inspirations suivantes. Pendant trois ou quatre jours la toux prit tous les caractères de la coqueluche ; l'enfant fut vacciné et guérit radicalement dans la même semaine.

Un autre enfant, âgé de deux ans, toussait depuis deux mois ; les quintes étaient fréquentes, accompagnées de suffocation imminente et caractérisées par le sifflement de l'inspiration qui les terminait. On vaccina ; avant le huitième jour la guérison était complète.

Le troisième cas est celui d'un enfant admis d'abord au dispensaire pour une fracture du radius. La coqueluche durait depuis quatre mois ; les quintes cessèrent aussitôt que la pustule de vaccin atteignit son plus grand développement.

Admettant ces faits, malgré la brièveté de leurs détails, comme des cas de coqueluche bien positifs, il est curieux de remarquer l'influence d'une réaction fébrile sur une névrose. Certes ce n'est pas par dérivation, comme le ferait un exutoire, qu'agit la pustule de vaccin ; la surface en suppuration est trop étroite pour contre-balancer les accidens si effrayans que peuvent causer des quintes suffocantes qui se répètent fréquemment. Dans la vaccine, on doit voir aussi le mouvement fébrile qui indique une tendance de l'économie à se débarrasser de l'élément étranger accidentellement introduit et qui va se résoudre en pustule. Ici la vaccine agit en substituant un trouble plus grand que celui qui résulte de l'innervation pervertie, et régularise ainsi l'action du système nerveux.

Mais quelle que soit l'efficacité de ce moyen dans le traitement de la coqueluche, on voit déjà que son application doit être restreinte. En effet, pour s'en servir comme agent thérapeutique, on ne pourrait remettre la vaccine à une époque plus éloignée de la vie

que celle où se développe ordinairement la coqueluche. Les jeunes enfans pourront seuls y avoir recours à toutes les époques de la maladie, comme le prouvent les faits que nous avons rapportés, ou mieux à sa 3e semaine, ainsi que le veut le docteur Thomson. (*London medical Gazette.*)

EMPHYSÈME SPONTANÉ.

Emphysème spontané. — Un homme jouissant d'une bonne santé était assis et dînait en famille. Il ne fit aucun effort ni aucun mouvement subit pour avaler les alimens. Tout-à-coup il sentit en mangeant une certaine raideur dans la mâchoire du côté gauche, mais elle était trop légère pour qu'il y fît attention. Cependant son fils, qui était le plus près de lui, lui ayant dit qu'il avait la joue très-gonflée, il y porte la main, et sentit une tumeur du volume d'une orange; mais il n'éprouvait aucune douleur. La température de la peau n'était point augmentée, et la couleur n'avait rien d'anormal. Le gonflement était légèrement sensible à la pression, et présentait au toucher tous les signes d'une tumeur emphysémateuse. Ses bords étaient cependant bien tranchés, et, en dehors de la circonférence de cette tumeur, la joue n'offrait pas la moindre tuméfaction. On appliqua fréquemment une lotion froide d'hydrochlorate d'ammoniaque, de vinaigre et d'eau pendant le jour, et au bout de vingt-quatre heures la tumeur avait complètement disparu, le malade n'en ayant point éprouvé d'incommodité.

Un cas analogue a été observé par M. Burnett. Un homme vit, pendant qu'il soufflait par le nez, se gonfler subitement sa paupière supérieure. Ce gonflement, d'abord léger et borné au côté du nez, augmenta promptement et envahit toute la paupière supérieure, qui acquit aussitôt le volume d'un œuf de poule. La tumeur crépitait à la pression, et sa nature était évidemment emphysémateuse. Elle disparut sous l'influence d'applications froides; mais, depuis, elle est revenue deux fois à des intervalles éloignés.

SUR LA CÉPHALALGIE CHEZ LES JEUNES FEMMES.

C'est toujours une bonne fortune pour un recueil périodique qu'un article du docteur Graves, de Dublin. Celui que nous empruntons du *Medico-chirurgical review* sera lu avec profit et gardé en souvenir.

Avec tous ses devanciers, ce médecin admet les causes variées de la céphalalgie, et emploie le traitement ordinaire chez le sujet à tempérament pléthorique. Se lever de bonne heure, suivre un régime, faire beaucoup d'exercice et de temps en temps prendre un purgatif énergique. Si la tête est le siége d'une forte congestion, on appliquera quelques sangsues au-dessous des oreilles ou plutôt aux pieds, et on facilitera l'écoulement du sang par un bain tiède; quelquefois même la saignée est utile chez les jeunes femmes très-robustes. Le docteur Graves cite l'exemple d'une jeune dame qui était sujette depuis plusieurs années à des attaques de céphalalgie extrêmement intenses qui avaient résisté à tous les moyens internes et externes. Une saignée fut faite jusqu'à syncope pendant un paroxysme très-violent, et la céphalalgie disparut pour toujours. Ce résultat est plus heureux qu'on ne pouvait s'y attendre. Que s'est-il passé dans cette soustraction subite d'une grande quantité de sang? quelle réaction s'est opérée dans la substance cérébrale ou dans ses enveloppes pour ôter la douleur? Nous n'essaierons pas de proposer une explication chez quelques femmes la céphalalgie se lie à la leucorrhée; alors la première indication est d'arrêter cet écoulement, et le docteur Graves conseille l'injection de nitrate d'argent, et en outre l'emploi des moyens propres à ramener la constitution à son état normal, s'il est probable que la leucorrhée ne soit que l'effet d'un trouble général.

Quelquefois la céphalalgie survient chez les jeunes femmes d'un tempérament très-délicat et très-irritable qui sont considérées comme des sujets nerveux, et chez lesquelles toutes les formes de l'hystérie sont compliquées de céphalalgie; chez quelques-unes il y a congestion à la tête; chez toutes l'usage des stimulans, du vin par exemple, aggrave la maladie. Ces femmes passent souvent plusieurs nuits de suite sans sommeil; elles supportent toutes très-mal les purgatifs, les saignées, les applications de sangsues, de vésicatoires, et autres moyens analogues qui peuvent soulager momentanément, mais qui aggravent toujours la maladie. Quoique cette céphalalgie ne soit pas dangereuse, cependant on doit diminuer la douleur. Le docteur Graves conseille les moyens suivans: d'abord faire des applications réfrigérantes à la tête, tenir le ventre libre par des lavemens térébenthinés, appliquer fréquemment, et en grand nombre, des ventouses sèches sur les tégumens des parties voisines de la tête. A l'intérieur, on administre la térébenthine à haute dose; on frictionne l'abdomen et les extrémités inférieures avec des linimens stimulans: si tous ces moyens échouent, on donne des doses considérables de nitrate d'argent.

Le docteur Graves a eu l'idée d'employer l'essence de térébenthine et le nitrate d'argent, d'après les bons effets de ces médicamens dans l'épilepsie chez des sujets nerveux et délicats. Depuis qu'il traite ainsi la céphalalgie, il guérit un plus grand nombre de malades. L'essence de térébenthine convient surtout dans la période la plus violente de la maladie, et peut être administrée à la dose d'un ou deux dragmes que l'on répétera suivant les effets observés. L'eau froide est le meilleur véhicule. Chez quelques personnes, deux ou trois doses par jour de cette substance diminuaient bien la céphalalgie en agissant modérément sur les reins et les intestins. Dans quelques cas, et surtout dans l'épilepsie, ce médicament ne peut être continué long-temps à cause de l'hématurie et de la dysurie qu'il détermine.

Si la térébenthine n'a que faiblement diminué le paroxysme, c'est le cas d'employer le nitrate d'argent pendant cinq ou six jours de suite à la dose d'un demi-grain quatre ou six fois par jour. S'il y a constipation, on donne suivant la formule du docteur James Johnson, de Londres, une combinaison de nitrate d'argent avec l'extrait de coloquinte à petites doses. Ces pilules sont non-seulement utiles pour les céphalalgies hystériques des jeunes femmes, mais aussi pour celles des

hommes, et surtout de ceux qui sont d'une frêle constitution et adonnés aux travaux littéraires. Dans des cas semblables, les ventouses entre les deux épaules, à la nuque, sur le haut de la poitrine, ont été très-utiles. Le docteur Graves cite une dame dont la congestion cérébrale, avec propension au suicide, n'était calmée que par l'application d'une ventouse sèche.

(*The medico-chirurgical review.*)

DE L'EMPLOI DE L'HUILE ESSENTIELLE DANS LES INFLAMMATIONS DE L'OEIL.

Depuis plusieurs années, l'emploi des stimulans dans les ophthalmies l'emporte avec un succès marqué sur la méthode antiphlogistique. C'est surtout à M. Guthrie qu'on doit de nombreuses observations qui constatent cet avantage dans l'acuité de la maladie; avant lui, on n'osait qu'en tremblant se servir, pour collyre, dans l'ophthalmie chronique, de solutions de nitrate d'argent, de vin d'opium, de pommades avec l'oxide de zinc ou le nitrate de mercure. Encouragés par les beaux résultats obtenus par M. Guthrie, les praticiens ont mis sa méthode en usage, et généralement elle prévaut aujourd'hui. La théorie sur laquelle elle repose est le développement d'une idée de John Hunter, que la durée d'une inflammation peut être abrégée en excitant momentanément une acuité plus grande dans le même lieu.

Quoi qu'il en soit de cette opinion, qui déjà semble contenir en germe la médecine homœopathique tout entière, l'auteur de cet écrit a confirmé, par de nouvelles recherches, le bon effet des stimulans dans l'ophthalmie. Élève de M. Guthrie, il ne pouvait porter son attention que dans cette série d'idées, et frappé des succès que M. Werlitz obtenait avec l'huile essentielle de citron, il essaya de répéter ses expériences. Il trouva que le nouveau médicament était utile, surtout dans l'ophthalmie catarrhale. Généralement, l'introduction de l'huile de citron cause une douleur qui varie d'une à deux heures.

Sarah Laurence, âgée de 33 ans, fut admise à l'hôpital le 17 mai 1833. L'œil gauche était affecté, depuis un mois, d'une ophthalmie catarrhale. Malgré des sangsues aux tempes, un vésicatoire, derrière l'oreille, et quelques purgatifs, la maladie marchait toujours. La douleur est très-forte, insomnie, agglutination des paupières, larmoiement, la conjonctive est injectée, la santé générale est altérée.

On applique, avec une plume, quelques gouttes d'huile essentielle de citron, purgatif composé de sulfate de magnésie 1 once et d'infusion de séné. Le lendemain l'inflammation a diminué, la vue est bien meilleure. Pendant sept jours le même traitement est continué; la malade sort guérie.

Fanny Folkes, âgée de 11 ans, se présente avec une opacité des deux cornées, résultant d'une ophthalmie de deux ans de durée. L'opacité est centrale, la vision est très-imparfaite. Chaque jour on fait une application de l'huile essentielle de citron, et les taches de la cornée disparaissent. Il faut noter aussi que des purgatifs ont été donnés de temps en temps. On doit en tenir compte dans les résultats, et leur faire partager un peu l'honneur du succès. Pour expérimenter un médicament, c'est toujours une mauvaise manière que de l'administrer avec d'autres, on ne peut isoler son action et se faire une idée juste et précise de son pouvoir. Nous regrettons que le docteur Foot n'ait pas été pénétré de cette pensée. Au lieu de l'incertitude dans l'esprit de ses lecteurs, il aurait laissé des notions positives sur une substance qui peut être utile. Non-seulement, l'auteur de ce travail dit avoir employé l'huile de citron dans l'ophthalmie catharrale, mais encore il cite des cas d'ophthalmie purulente, d'inflammation pustuleuse, où elle a été d'un grand secours.

(*London medical and physical journal.*)

TRAITEMENT DU PROLAPSUS DU RECTUM.

Cette maladie se rencontre à tous les âges, elle est d'autant plus grave qu'elle est plus ancienne, et s'accompagne d'un suintement que jette le sujet dans la prostration et l'abattement général. Ses causes peuvent tenir à une débilitation de toute l'économie, ou bien elles sont locales et se trouvent dans une longue habitude de selles fréquentes. Dans le premier cas, c'est à un traitement fortifiant qu'on doit avoir recours; les moyens locaux sont ici bien accessoires. Dans le second cas, le sujet est fort et bien constitué, et cependant, à chaque selle une portion de la muqueuse, d'une grandeur variable, s'échappe avec les matières, et rentre d'elle-même, on a besoin de la main qui la repousse. A cette époque de la maladie, qui est en quelque sorte la première période, on peut espérer beaucoup de l'emploi des bains froids, long-temps répétés, des applications froides et astringentes de racine de fraisier et de tormentille, de quarts de lavemens avec l'écorce de chêne et la noix de galles. Mais ces moyens ont échoué, ou plus tard il ne suffisent plus. C'est alors que M. Dupuytren propose une opération bien simple et qui lui a toujours réussi. C'est d'enlever à la marge de l'anus, avec des ciseaux courbes sur le plat, plusieurs plis triangulaires de peau, la cicatrisation, qui ne tarde pas à se faire, rapproche les bords de ces petites plaies, l'ouverture de l'anus s'est rétrécie, la muqueuse ne sort plus

Un autre procédé, que nous lisons dans le *London médical gazette*, doit aussi être rapporté. Le docteur Benjamin Philips emploie le cautère actuel. Le malade est placé sur un lit, le bassin élevé sur des coussins, les cuisses écartées, de manière à laisser voir parfaitement la marge de l'anus. Le point où l'on doit faire l'application du cautère dépend de la gravité de la maladie; si elle ne date pas de très-long-temps, on peut cautériser la marge de l'anus sans intéresser la muqueuse du rectum, l'escarre aura un demi-pouce d'étendue. Si le prolapsus est considérable, ne rentre plus spontanément, on doit faire arriver le fer jusque sur la muqueuse elle-même.

Le nombre des cautérisations est variable. Quelquefois une ou deux applications du fer suffiront pour rétrécir assez l'ouverture anale; d'autres fois il faudra le promener autour, comme des rayons d'un cercle: ce cas est le plus rare. Quoi qu'il en soit, l'escarre tombe, les plaies se cicatrisent solidement, et même le docteur

Philips pense que le stimulus produit par l'application du fer développe, dans le tissu cellulaire sous-muqueux, une irritation capable de produire une adhérence de la membrane et la fixer d'une manière permanente. Pour cette opération, on doit avoir soin de se servir d'un fer chauffé à blanc; la douleur est plus supportable que lorsque le fer est seulement rouge brun ou même rouge cerise. Le pansement consiste dans un simple bandage en T, que le malade enlève toutes les fois qu'il va à la selle; des fomentations, des cataplasmes peuvent être appliqués si l'inflammation se montre trop intense, et surtout on doit engager le sujet à faire diète, pour s'abstenir autant qu'il est possible d'aller à la selle, car cette simple précaution suffit quelquefois dans les cas de prolapsus récent pour aider beaucoup à la guérison de la maladie.

Le docteur Philips cite deux observations où son procédé a réussi. La première est relative à un homme âgé de 62 ans, qui, depuis plusieurs années avait une chute de rectum qui ne rentrait qu'avec difficulté. Cette fois, il y avait quatre jours que l'intestin était sorti; considérablement tuméfié, il exhalait un liquide sanieux, et causait une vive douleur au simple contact d'un linge. Trent-six sangsues furent d'abord appliquées, ainsi que des fomentations émollientes. Ainsi préparée, la réduction devint facile, et le cautère fut porté à la partie antérieure et latérale de l'anus, en y comprenant deux lignes de la muqueuse. Le malade n'alla à la selle que trois jours après, et la membrane ne sortit pas. Depuis ce temps, la guérison s'est maintenue.

La seconde observation est celle d'un jeune enfant de 3 ans, qui, depuis cinq mois, avait une chute du rectum. La maladie était exempte de complications, une seule cautérisation faite à une ligne et demi de distance de la muqueuse amena une guérison parfaite.

Des deux procédés opératoires que nous venons de décrire, celui de M. Dupuytren nous semble préférable à cause de sa plus grande simplicité et de la facilité avec laquelle on peut mathématiquement déterminer quelle quantité de peau et de membrane muqueuse on veut enlever d'un seul coup. Il est plus difficile de manier le fer rougi à blanc, une cautérisation trop profonde ou trop étendue sur la muqueuse pourrait avoir des résultats très-graves. Reste pour le procédé du médecin anglais l'avantage de faire naître peut-être un stimulus dans le tissu cellulaire sous-muqueux, qui favorise l'adhérence de la membrane. L'expérience décidera la question.

(*The London medical gazette.*)

SCARLATINE MALIGNE GUÉRIE PAR L'EAU FROIDE.

La fille du docteur Samuel Jackson, âgée de 11 ans, était affectée d'une angine maligne, avec plus de fièvre qu'on n'en a généralement dans cette maladie. Le fond de la gorge, très-enflammé, avait pris dès le second jour l'aspect cendré, pouls à 160. Saignée de 8 à 10 onces, malgré les symptômes qui annonçaient le caractère typhoïde de la maladie; on prescrit des gargarismes avec le nitrate d'argent, à la dose de 24 grains pour une once d'eau distillée. Aucun bon résultat n'est obtenu.

La jeune malade désirait l'eau froide, et la demandait avec instance. On lui permit d'en prendre; elle suçait avec avidité des morceaux de glace que, par précaution, on avait mis dans une gaze, pour qu'ils ne fussent pas avalés et ne pussent produire des spasmes dans le tube intestinal. C'était le quatrième jour de la maladie, on donna la glace à discrétion, on laissa boire abondamment de l'eau glacée. Les bons effets de ce traitement furent *immédiats, incroyables, presque divins*, suivant le docteur Samuel Jackson. Dans l'espace de quelques heures le pouls tomba de 160 à 120 par minute. La teinte pourprée des joues disparut, la gorge et l'estomac furent rafraîchis, les extrémités se réchauffèrent, et les symptômes typhoïdes disparurent. On n'employa en même temps aucun autre moyen que quelques laxatifs, et trois jours après qu'on eut commencé la glace, il n'y avait plus ni fièvre ni inflammation de la gorge.

Il est à regretter que cette observation intéressante ne soit pas accompagnée de détails plus nombreux pour caractériser l'éruption. Sans doute, l'angine qui l'accompagne peut en faire présumer la nature, mais elle peut aussi se rencontrer accidentellement dans d'autres exanthèmes. Ici l'angine est très intense et constitue presque à elle seule toute la maladie, et c'est en quelque sorte contre elle que l'eau froide et la glace ont si bien réussi.

(*The american journal of the medical sciences.*)

CONGESTION PARTIELLE DU CERVEAU DÉMONTRANT LA PLURALITÉ DES ORGANES ET DES FACULTÉS DE L'INTELLECT.

Au mois de novembre 1831, M. John Flanagan, proto-notaire du comté de Franklin, et doué de beaucoup d'intelligence, fut pris de la grippe qui régnait à cette époque en Amérique. Elle avait porté son action sur la partie inférieure et antérieure de la tête. Quand il toussait, il éprouvait une douleur lancinante dans *les lobes antérieurs du cerveau.* Cependant il continuait à remplir ses fonctions près de la cour qui était alors en session. Un matin, après avoir beaucoup toussé et avoir éprouvé dans le point indiqué une douleur très-aiguë qui continua alors d'une manière permanente, il vint à la cour, et lorsqu'il voulut exposer au jury l'affaire en jugement, il commença son discours sans embarras ni difficulté; mais, arrivé aux noms des parties, il ne put les articuler, quoiqu'il entreprit plusieurs fois de le faire, et qu'il eût en ce moment même les noms de ces personnes qui lui étaient bien connues. Le président fut obligé de prononcer le nom des parties, et M. Flanagan continua sans difficulté l'exposé de l'affaire. Pendant le temps que dura cette congestion, il ne put conserver, même une minute, la mémoire d'un seul nom.

Le lendemain, étant occupé à examiner une procédure, il oubliait aussitôt les noms des parties, s'il levait les yeux de dessus son papier; les autres facultés de l'intelligence étaient restées parfaitement intactes. Ce magistrat continua ses occupations habituelles, et se guérit de son indisposition par quelques légers révulsifs.

Au temps où nous sommes, ce fait ne peut passer

inaperçu. La phrénologie a fait de nombreux prosélytes dans les pays étrangers, et la France commence à partager cet élan général. Nous ne discuterons pas ici la valeur des classifications de Gall ou de Spurzheim; nous dirons seulement que l'observation rapportée par le docteur Fahnotosck vient à l'appui de beaucoup d'autres qui constatent que la mémoire est une faculté composée, et ces exemples se trouvent dans les mémoires de chirurgie du baron Larrey, dans l'ouvrage de Gall, dans différens recueils périodiques, et notamment dans le troisième volume de ce journal. Le professeur Wistar, de l'Université de Pensylvanie, avait l'habitude de citer chaque année, dans ses cours, l'histoire d'un homme qui perdait la faculté d'articuler les noms propres quand on pressait un peu fort sur une partie antérieure du crâne où l'os frontal manquait. Il est donc prouvé que la mémoire a son siége dans cette région. Maintenant si on voulait aller plus loin, et déterminer en quel lieu précis se trouve telle ou telle espèce de mémoire, nous pourrions nous appuyer sur le fait que nous empruntons au journal américain. Rien au monde n'est plus vague dans une localisation que cette expression, *lobes antérieurs* du cerveau, et cependant c'est elle qu'on emploie pour désigner le siége de la douleur. Dans une partie comme la région frontale, où la division phrénologique est si nombreuse, il était important d'apporter une rigueur mathématique dans la précision du mal, et voir s'il occupait les deux ou trois circonvolutions qui reposent sur la voûte orbitaire. C'est là que Gall et Spurzheim ont placé l'organe de la mémoire des mots. L'observation du docteur Fahnestock est donc incomplète.

(*The american journ. of the med. sciences.*)

VAGISSEMENS UTÉRINS.

Appelé dans la nuit du 4 octobre, près d'une femme de 19 ans, primipare, le docteur Ward présuma que l'accouchement se ferait bientôt. L'enfant se présentait bien. Le lendemain, entre dix et onze heures du matin, la tête s'offrit seulement à la vulve. L'accoucheur, soutenant la tête de la main droite, chercha avec l'indicateur gauche si le cordon n'était pas passé autour du cou. Il le trouva en effet qui faisait deux tours, et de plus il présuma qu'il allait encore s'enrouler autour de la jambe. Cependant les battemens du cœur étaient faibles, toute douleur cessée, et la tête immobile dans la position décrite. M. Ward se rappelant cette opinion du docteur Davidge, que l'enfant peut respirer avant d'être né, songea à déterminer ici la respiration. Il dégagea la bouche de l'enfant des parties molles de la mère, passa le doigt autour de la langue, et aussitôt la respiration se fit et l'enfant se mit à crier. Rassuré de ce côté, l'accoucheur s'occupa de la mère; quelques gorgées de boisson chaude réveillèrent les douleurs, et bientôt l'expulsion fut complète. On trouva, comme on l'avait pensé, que le cordon faisait un tour sur la jambe. Les suites de l'accouchement furent d'ailleurs heureuses pour la mère et l'enfant.

Il est heureux de penser que la respiration avant la naissance, si curieuse pour la physiologie, soit devenue un moyen thérapeutique qu'on ne peut pas négliger dans des cas semblables.

(*The american journ. of the med. sciences.*)

DUPRÉ LA TOUR, D. M. P.

TRANSACTIONS MÉDICALES;

JOURNAL DE MÉDECINE PRATIQUE

ET DE

LITTÉRATURE MÉDICALE;

PUBLIÉ PAR UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS DE PARIS,

(SEPTEMBRE 1833.)

MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

—

VICE DE CONFORMATION,

Grossesse, opération césarienne, mort, autopsie;

Par M. Bello.

La femme Minot, qui fait le sujet de cette observation, était, quand elle mourut, âgée de quarante ans.

Pendant les douze dernières années de sa vie, elle est devenue huit fois enceinte. La cinquième grossesse et la sixième se terminèrent par des fausses couches, qui eurent lieu dans les trois premiers mois. Tous ses autres accouchemens ont été plus ou moins difficiles; aucun ne put avoir lieu sans l'aide du forceps. Le troisième et le huitième de ses enfans furent seuls qui vinrent au monde vivans : l'un vécut dix-huit mois, et l'autre mourut après dix-sept heures de vie extra-utérine.

Ce fut M. Capuron qui l'assista dans son septième accouchement, qui eut lieu à terme ou à peu près, et il ne put la délivrer, qu'en pratiquant la version du fœtus mort et la perforation de la base du crâne.

Ni M. Baudelocque ni moi n'avons vu cette femme pendant toutes ces grossesses.

C'est le 3 février, seulement, que je vis la malade pour la première fois; elle était alitée depuis quelques jours, et éprouvait depuis soixante heures des douleurs de reins périodiques et semblables, nous dit-elle, à celles qui précédaient ses autres couches.

Elle avait la tête et toute la partie supérieure du tronc soutenus par plusieurs oreillers et beaucoup plus élevés que le bassin; je fais remarquer cette circonstance, que nous trouverons, je crois, tout-à-l'heure, la cause de cette position, qui devait être habituelle à la malade même quand elle était en bonne santé. Elle était dans un état général assez satisfaisant, et conservait, dans les instans de relâche que lui laissaient les douleurs, beaucoup de tranquillité d'esprit, et même de gaieté.

Ayant découvert la malade, nous vîmes que le ventre tombait sur les cuisses et cachait entièrement les parties génitales; de telle sorte que l'ombilic situé à la partie inférieure de la tumeur, touchait les cuisses quand la malade était assise.

La peau qui recouvrait le ventre, énormément distendue, présentait dans toute sa partie antérieure (actuellement inférieure), une rougeur violacée très-intense et analogue à celle de l'injection veineuse, suite d'un obstacle à la circulation. On voyait à sa surface des croûtes et des ulcérations légères. A la partie inférieure gauche de la tumeur, existait une ancienne cicatrice assez étendue, et un peu plus haut, près de la ligne médiane, une perte de substace d'une ligne environ de profondeur et de la largeur d'une pièce d'un franc, résultant de la chute par gangrène d'une portion des parois abdominales. Le fond de cette perte de substance était formé par une membrane mince, transparente, lisse, qu'on reconnaisait facilement être le péritoine.

Quoique la grossesse ne fût alors qu'au huitième mois, les douleurs de reins qu'éprouvait la femme, les mouvemens très-marqués qu'on distinguait dans le ventre, qui se relevait comme par une sorte d'érection, indiquaient le commencement du travail de l'enfantement.

Ce travail pouvait-il s'exécuter sans le secours de l'art? évidemment non; si l'on considère 1° qu'aucune des couches précédentes n'avait pu avoir lieu naturellement, puis l'état d'amincissement et de souffrance dans lequel se trouvaient les parois abdominales, et plus encore, la direction éminemment vicieuse de l'utérus.

Aussi, les quatre médecins présens, parmi lesquels était M. Baudelocque neveu, furent-ils d'avis unanime de terminer l'accouchement avant que des douleurs longues et inutiles à l'expulsion du produit de la conception, n'eussent fatigué la malade et détruit les chan-

ces qui restaient de conserver sa vie et celle de son enfant

Quel moyen devait-on employer pour arriver à ce but? celui qui se présentait le plus naturellement à l'esprit était de replacer l'utérus dans sa position naturelle, afin que ses contractions pussent engager le fœtus dans le détroit supérieur, et rendre alors possible l'application du forceps : mais à chaque tentative qui était faite pour obtenir cette réduction, la malade accusait des douleurs atroces dans les parois abdominales ulcérées et dans les reins. Il fallait donc y renoncer. Devait-on essayer la version ? le toucher, qui indiquait une largeur assez grande du détroit inférieur et une tumeur considérable au-dessus du détroit supérieur, ne put faire distinguer le col, malgré plusieurs tentatives faites par M. Baudelocque et M. Mercier, médecin ordinaire de la malade. D'ailleurs, comment pratiquer la version dans un utérus dont tous les rapports étaient changés, dont le col était plus élevé que le fond? La symphyséotomie, prescrite par les auteurs dans le cas où le diamètre antéro-postérieur du bassin dépasse deux pouces et demi, n'était pas applicable ici, puisque l'abdomen formait une énorme tumeur retombant sur les cuisses, recouvrait, par conséquent, l'arcade pubienne et faisant éprouver, comme je viens de le dire, des douleurs intolérables quand on exerçait quelques tentatives pour le reporter en haut. La gastrotomie restait donc pour unique ressource; elle était indiquée par la position des parties et par l'état des parois abdominales qui semblaient vouloir s'ouvrir spontanément. Elle fut proposée à la malade qui s'y décida avec quelque peine, et qui pria de remettre l'opération au lendemain.

Le 4 février, à onze heures du matin, elle fut pratiquée par M. Baudelocque. Il fit, sur le fond de la tumeur et sur la ligne médiane, une incision longitudinale d'environ cinq pouces d'étendue. Le premier coup de bistouri, donné à la partie supérieure avec beaucoup de précaution, n'en atteignit pas moins le corps même de l'utérus, quoique la profondeur de l'incision fût au plus d'une ligne. L'enfant fut extrait vivant; mais il était peu développé et dans un état de langueur remarquable (il ne vécut, comme nous l'avons vu, que dix-sept heures).

Toute l'opération, y compris le temps nécessaire au pansement, fut terminée en seize minutes: pendant toute sa durée, et même pendant l'incision qu'on fit aux tégumens, la malade ne poussa aucun cri, et nous assura même ne pas éprouver la plus légère douleur, ce qui contraste singulièrement avec les cris qu'elle poussait lorsqu'on exerçait sur le ventre la plus légère pression. L'écoulement de sang qui eut lieu, quoique assez considérable, ne fut cependant pas assez fort pour constituer une complication, et pour qu'on dût le regarder comme la cause unique d'une lipothymie qui survint pendant le pansement; celle-ci parut plutôt occasionée par l'émotion de la malade, qui oubliant ses propres dangers, se félicitait du bonheur d'être mère. Elle fut reportée dans son lit, et expira le 5 à deux heures du matin, quinze heures après l'opération (1).

L'autopsie fut faite le même jour, huit heures après la mort.

Le visage et toute l'enveloppe cutanée était d'une pâleur remarquable. On ne vit aucune cicatrice, ni à la région périnéale, ni à la partie interne des cuisses.

Le cadavre apporté sur une table, nous vîmes que les membres, qui étaient très-grêles, n'étaient nullement déformés, leurs extrémités n'étaient pas gonflées, et ils n'offraient aucune courbure anormale. La colonne vertébrale était très-droite, depuis le sacrum jusqu'à l'occipital; et il était évident que toute la difformité consistait dans un mode vicieux d'articulation de cette colonne avec le sacrum.

Les parois abdominales étaient d'une minceur extrême; il était même impossible d'y distinguer les fibres des muscles droits, qui étaient comme atrophiés et réduits en tissu cellulaire rougeâtre.

Toute la cavité du bassin et une partie de l'abdomen étaient remplis de caillots de sang qui occupaient toutes les circonvolutions intestinales et avaient donné au péritoine une teinte rouge qui s'enlevait facilement quand on le frottait avec un linge imbibé d'eau. La malade était donc morte d'hémorrhagie.

La matrice était médiocrement revenue sur elle-même, elle contenait dans sa cavité quelques caillots de sang, et le vagin, qui avait subi une élongation considérable, permettait de la replacer dans la position qu'elle occupait avant l'opération. Alors, son fond était situé à la partie inférieure, et c'était sur lui et sur la face postérieure, devenue antérieure, qu'avait porté l'incision faite pour extraire le fœtus. La face antérieure était devenue postérieure, et était appliquée au-devant de l'arcade pubienne. La vessie, couchée entre l'arcade pubienne et le vagin, était recouverte en haut par le col de l'utérus. Dans cette situation, l'ensemble du vagin et de la matrice ressemblait assez à une cornue à laquelle quelques auteurs l'ont comparée.

Il n'y avait rien de remarquable dans les ovaires non plus que dans les ligamens larges et ronds. Les reins et la rate étaient à l'état normal. Le foie, dont la substance ne présentait aucune altération, était refoulé en haut, et s'étendait dans l'hypocondre gauche. Le mésentère ne différait pas de ce qu'il est ordinairement chez les femmes qui ont eu beaucoup d'enfans.

Comme la malade nous avait dit qu'après son septième accouchement, elle avait eu des hoquets, puis des vomissemens de matières fécales, et qu'elle avait même rendu de ces matières par une plaie dont nous voyons la cicatrice, nous portâmes notre attention du côté de l'intestin, qui fut trouvé intact dans toutes ses parties: mais l'épiploon offrait, au point correspondant à la cicatrice dont j'ai parlé, une adhérence irrégulière et de deux pouces environ de diamètre.

Il était évident que les accidens dont il vient d'être fait mention, avaient été produits par l'étranglement d'une hernie épiploïque formée à travers les éraillures

(1) L'auteur laisse désirer ici quelques détails sur les circonstances qui ont précédé la mort; il a cru sans doute ne devoir accorder d'importance qu'aux détails immédiatement relatifs au vice de conformation. F.

des parois abdominales pendant la dernière grossesse, et que rien n'était moins fondé que les reproches que cette femme adressait à M. Capuron, qu'elle accusait de l'avoir *estropiée*.

On n'ouvrit aucune des cavités splanchniques autres que l'abdomen.

Le bassin offre un mode de déformation dont je ne crois pas que les auteurs aient encore cité d'exemples, et qui rend parfaitement compte des phénomènes observés pendant la vie.

La colonne vertébrale est soudée à angle droit sur la face intérieure du sacrum ; de sorte que quand la femme était assise, c'était la face postérieure de cet os qui reposait sur le plan de la sustentation, et non les tubérosités sciatiques, qui alors étaient dirigées en avant et un peu en bas. Les extrémités des dernières fausses côtes ne sont pas distantes de plus de neuf lignes des épines iliaques, antérieures, supérieures.

Si l'on remarque que, dans l'état naturel, le rachis forme, avec la face antérieure du sacrum, un angle saillant de 30° environ, on verra qu'il a subi un changement de direction de 110° à 120°, sans qu'aucune des fonctions ait été troublée; ce qui s'explique par la largeur considérable de canal rachidien comparativement au volume des nerfs qu'il contient dans cette région.

En voyant cette direction de la colonne vertébrale, on pouvait affirmer *à priori* que la malade marchait les jambes un peu fléchies, le tronc fortement porté en avant et à gauche, les épaules et les coudes en arrière. le tête dans l'extension forcée, et la face tournée en haut; les renseignemens pris auprès des personnes qui la fréquentaient le plus intimement ont confirmé cette prévision. (Ces personnes comparaient sa démarche à celle d'un cerf.)

On trouva encore dans cette direction vicieuse de la colonne épinière, la cause de la position que la malade prenait dans son lit, et dont j'ai parlé plus haut. Elle devait, en effet, ou se coucher sur le côté, ou avoir la partie postérieure du tronc appuyée sur plusieurs oreillers disposés en plan incliné ; car si elle eût été horizontale, les tubérosités sciatiques étaient dirigées directement en haut, il aurait fallu que les cuisses eussent été très-fortement fléchies sur l'abdomen, position qu'il eût été impossible de garder long-temps, et les viscères abdominaux, refoulés contre le diaphragme, auraient considérablement gêné la respiration.

Avant de nous occuper des modifications que devaient subir les fonctions de la gestation et de l'accouchement par suite de cette déviation, prenons connaissance de l'état du bassin et de ses rapports avec la colonne vertébrale.

Le diamètre antéro-postérieur du détroit supérieur près de la symphyse des pubis, à la base de la colonne vertébrale, est de quatre pouces huit lignes; le diamètre transversal est de quatre pouces neuf lignes. Le premier a donc huit lignes de plus, et le second trois lignes de moins que dans un bassin régulièrement conformé. Les diamètres obliques ont quatre pouces quatre lignes, c'est-à-dire, deux lignes seulement de moins que dans l'état ordinaire. Le diamètre antéro-postérieur du détroit inférieur, mesuré de la partie inférieure de la symphyse des pubis à la pointe du sacrum, a quatre pouces deux lignes; le transversal est seulement de deux pouces neuf lignes, par conséquent de quinze lignes plus petit qu'à l'état normal.

La colonne vertébrale, soudée au sacrum, de la manière qui a été indiquée, et légèrement deviée à gauche, s'avance sur la symphyse des pubis, des branches horizontales desquelles elle croise la direction à peu près à angle droit. Elle n'est séparée de cette symphyse que par un espace de deux pouces et un quart, et partage ainsi le détroit supérieur en deux parties inégales, dont la droite est la plus grande.

Étant donnée, cette disposition, comment la gestation devait-elle se passer? comment l'accouchement devait-il s'accomplir?

Les premiers temps de la grossesse ne devaient présenter rien de remarquable; mais quand la matrice avait pris quelque développement, son fond atteignait le corps des vertèbres, qui lui présentaient un plan incliné, et le poussaient en avant; de là l'obliquité antérieure.

Et comme chaque grossesse rendait les parois abdominales de plus en plus flasques, cette obliquité dut augmenter pendant chacune d'elles, en proportion du degré d'avancement de la grossesse et du nombre des grossesses antécédentes. On ne doit donc pas s'étonner, si, à l'époque où nous avons vu la femme, les parois du ventre, distendues successivement outre mesure, par cinq grossesses antérieures (je fais abstraction des fausses couches), avaient perdu toute, ou presque toute leur élasticité, et si, réduites à une résistance purement mécanique, elles laissaient retomber sur les cuisses l'utérus chargé du produit de la conception. On conçoit également comment les vaisseaux, comprimés entre l'utérus et le derme arrivé au dernier degré d'extensibilité dont il était susceptible, ont cessé de remplir leurs fonctions; de là l'injection veineuse et la gangrène de la peau, et des aponévroses sous-jacentes.

En outre, l'obliquité de l'utérus, chargé du produit de la conception, allant toujours en augmentant, en raison des grossesses antécédentes, chaque accouchement dut être plus laborieux que celui qui l'avait précédé, à cause de la difficulté toujours croissante.

D'après la conformation du bassin, abstraction faite de la position de la colonne vertébrale, il est très-probable que l'accouchement aurait pu avoir lieu, sinon facilement, du moins sans de trop grandes difficultés ; si l'on considère que le plus petit diamètre du détroit inférieur avait trois pouces moins un quart, et que les femmes déformées accouchant, en général prématurément, le diamètre bi-pariétal de la tête du fœtus devait rarement excéder cette mesure, qui était celle de la tête du dernier enfant (à huit mois). Mais, par la position de la colonne vertébrale, le détroit supérieur étant divisé en deux parties, dont la plus grande n'avait que deux pouces et demi de largeur, c'était réellement un détroit de ce diamètre, que la tête avait à franchir. Aussi, avons-nous vu qu'il a toujours fallu appliquer le forceps pour terminer l'accouchement, et probablement cette application s'est toujours faite au détroit supérieur.

En outre, l'obliquité de l'utérus, chargé du produit de la conception, allant toujours en augmentant, en raison des grossesses antécédentes, chaque accouchement dut être plus laborieux que celui qui l'avait précédé, à cause de la difficulté toujours croissante que la tête éprouvait à s'engager dans le détroit supérieur; car les contractions de la matrice dirigeant le fœtus dans le sens de son axe, devaient, principalement dans la dernière grossesse, pousser la tête contre la colonne vertébrale. C'est donc à la direction vicieuse de cette colonne, bien plus qu'à la mauvaise conformation du bassin, que doit être attribué l'obliquité de l'utérus, et, par suite, la difficulté et l'impossibilité de l'accouchement. Cette direction explique encore les douleurs des reins qu'accusait la femme, lorsqu'on tentait de relever le fond de la matrice. Ces tentatives ayant pour effet de repousser le col entre la colonne vertébrale et la marge du bassin, déterminaient sur ce col une compression douloureuse. Cette supposition viendrait-elle à l'appui de l'opinion de madame Boivin, qui attribue les douleurs de rein à la compression qu'exerce sur le col la partie du fœtus qui s'y engage et le dilate?

REMARQUES PRATIQUES

sur les affections de l'utérus, pendant la gestation et les parturitions prématurées ou à terme,

Par Charles Gérard,

Médecin à Morteau, membre correspondant de la société de médecine.

Les phénomènes les plus ordinaires de la grossesse et des parturitions sont assez connus, surtout des personnes qui se livrent à la pratique des accouchemens; mais il n'en est pas encore de même des circonstances extraordinaires que quelquefois ceux-ci présentent. Il paraît même que cette portion du vaste champ des observations médicales, est celle qui, jusqu'à ce jour, a été la moins exploitée par la publicité périodique, où le plus grand nombre des praticiens a coutume de chercher des documens pour les besoins sans cesse renaissans dans le traitement des divers états morbides que présentent souvent la gestation et les accouchemens. Sans me mettre en frais d'érudition pour justifier cette assertion, je vais exposer ce que la pratique m'a appris sur ce texte important.

D'abord, je fais observer que nos organes présentent quelquefois des lésions dans leur texture, sans cesser pour cela de remplir le rôle dont ils sont chargés pour l'entretien de la vie, d'une manière assez convenable pour que l'harmonie des phénomènes vitaux ne soit pas sensiblement dérangée; et, par conséquent sans que l'on puisse dire qu'il y a réellement maladie; tandis que d'autres fois l'on remarque, au contraire, un dérangement dans l'ordre habituel d'une fonction organique, sans que l'altération des tissus soit encore assez considérable pour être constatée par l'observation: l'œil, par exemple, présente assez souvent ces circonstances morbides particulières. S'il est permis de se fonder sur des analogies, ce n'est pas franchir les limites des choses probables, que de penser que l'utérus peut se comporter de la même manière que tout autre viscère, surtout durant la gestation et pendant la parturition.

Lors donc que l'on observe ce dernier travail, et qu'il présente des phénomènes insolites, il importe de s'assurer le plus exactement possible du temps auquel la grossesse est parvenue, ainsi que de toutes les circonstances morbides qui ont pu l'accompagner, et d'explorer attentivement l'état présent de l'utérus, et la manière dont il influence le reste de l'organisme, ou en est influencé. Ce triple examen conduit inévitablement à la source des phénomènes que l'on remarque. Dans tous les cas, on trouve que l'utérus a subi une atteinte qui lui a fait éprouver un véritable état morbide, lequel se manifeste par les signes que l'on a sous les yeux. Si l'action subie par la matrice a été violente, soudaine, et de nature à compromettre entièrement la fonction de cet organe; n'importe à quelle époque de la grossesse, ce sont le plus souvent des phénomènes de parturition qui alors se manifestent; au contraire, si l'affection utérine n'est que locale, si elle s'établit lentement, il se présente seulement des phénomènes de trouble dans l'acte de la gestation.

Exposons quelques considérations sur ces deux cas particuliers.

Les causes traumatiques qui atteignent l'utérus pendant la gestation, déterminent le plus souvent une péritonite, en même temps qu'elles font naître l'inflammation des parois utérines; mais dans ce cas, l'expulsion du produit de la conception n'a lieu qu'autant que l'affection de l'organe qui le contient est assez intense pour interrompre les fonctions du placenta, et par conséquent pour faire cesser la vie du fœtus. Toutes les autres causes morbifères dans l'action aboutit à la matrice, peuvent y provoquer un travail morbide inflammatoire, dont les résultats sont ordinairement les mêmes que ceux des causes précédentes, soit que, dans ce travail anormal, le fœtus prenne une part active, ou qu'il ne fasse que subir les conséquences de la maladie de la mère.

Ces affections de l'utérus pendant la gestation, sont plus fréquentes qu'on ne le pense communément, et ce n'est pas sans étonnement qu'on en voit si peu d'exemples dans les annales de notre science. On peut affirmer expérimentalement que la métrite ou la métro-péritonique, plus ou moins aiguë ou chronique, non-seulement n'est pas toujours incompatible avec la gestation, mais que souvent elle dure jusqu'au moment de la parturition et l'influence d'une manière plus ou moins manifeste. Il est très-probable qu'il n'y a guère que la métrite peu intense, lorsqu'elle occupe tout l'utérus, et la métrite très-circonscrite, lorsqu'elle est très-aiguë, qui permettent au viscère malade de continuer d'exercer sa fonction d'une manière encore suffisante pour que le fœtus puisse atteindre sa parfaite maturité. Ne sont-ce pas les cas de beaucoup de grossesses pénibles, douloureuses, dont on parle souvent, même en en rapportant des exemples, sans chercher à préciser la nature et le siége du mal? Cet état morbide, quelle qu'en soit la marche, affecte rarement tous les tissus de la matrice en même temps; c'est pour cette raison qu'il n'occasionne pas plus fréquemment l'accouchement prématuré. Quelquefois il peut ne consister

qu'en une névrose, nommée hystéralgie ; mais le plus souvent, surtout lorsque le mal a duré un peu longtemps, il est constitué par une véritable phlogose : état morbide qui occasionne fréquemment des hémorragies ou un épanchement apoplectique entre le placenta et la surface à laquelle il adhère. Dans ces circonstances, le fœtus reçoit ordinairement une atteinte proportionnée à la gravité de l'affection de la mère.

Durant la gestation, les divers états morbides dont je viens de parler sont souvent confondus avec les douleurs qu'occasionnent les simples déplacemens de ce viscère, ou éclipsés par eux ; et c'est purement cette confusion qui a fait penser que, pendant la grossesse, il ne s'était agi que de certain déplacement de la matrice, lorsqu'on avait vu la gestation n'être pas entravée au point d'occasioner un avortement. Je ne possède pas dans ma mémoire assez de faits pour décider si la pratique ne présente pas plus de véritables métrites, nées pendant la grossesse, que de déplacemens de l'utérus ; mais mon expérience me donne l'assurance que le travail de l'accouchement, quel que soit le terme auquel il s'effectue, est modifié d'une manière bien plus désavantageuse par une métrite que par une déviation de matrice. Il y a plus : dussé-je être accusé de présenter une hypothèse paradoxale, lorsque je promets des remarques pratiques, j'ose déclarer qu'en général la plupart des positions vicieuses du fœtus pendant la parturition, reconnaissent pour cause des affections spéciales de l'utérus, auxquelles elles sont subordonnées, bien plus qu'à sa disposition mécanique. Ce ne serait pas la peine de s'arrêter à ce premier pas, fait au-delà du domaine de l'observation positive : j'ajouterai que ces mêmes positions sont un effet de l'état organique dont je viens de parler ; et bien que ces accidens ne soient pas inséparables l'un de l'autre, je ne crois pas sortir des bornes de croyances suffisamment fondées, en soutenant ces deux propositions. Il n'y a pas d'effet sans cause, et je crois que ce n'est que de l'impossibilité où nous sommes de pouvoir examiner avec soin la substance de l'utérus en travail pendant les accouchemens dits contre nature, que découle le défaut de preuves suffisantes à l'appui des assertions que je viens d'émettre. Je soumets néanmoins ces premières considérations à la vérification des praticiens qui, en observant, pensent et raisonnent, et j'attends des travaux futurs, auxquels je me dispose à contribuer, quelques documens à l'appui de ce que, pour le moment, je consens à nommer des présomptions.

J'arrive à des remarques fondées sur des faits plus patens.

C'est surtout pendant le travail parturitif, n'importe à quelle époque de la conception il s'affectue, qu'il faut observer attentivement l'état particulier de l'utérus, et la disposition générale de la femme. Si la parturition est prématurée, l'on peut souvent s'assurer qu'elle a lieu sous l'influence d'une cause qui a agi mécaniquement sur l'organe qui contient le produit de la conception, et qui a imprimé une secousse assez violente pour altérer l'union du placenta avec l'utérus, d'une manière assez grave pour que la fonction reproductive ne puisse se continuer, et pour que l'expulsion de son produit soit alors inévitable. D'autres fois, ce qui est beaucoup plus rare, la fonction de l'utérus n'a été dérangée que par suite de quelque trouble violent, ou de très-longue durée, qu'en dérangeant l'harmonie des fonctions nutritives de la femme, est enfin parvenu à altérer aussi la fonction reproductive, au point de l'empêcher d'arriver à son terme. Dans ce dernier cas, les phénomènes parturitifs ont à peu près les mêmes caractères que ceux des accouchemens naturels, et ordinairement l'accouchement n'est pas de bien longtemps prématuré. Au contraire, lorsque l'accouchement est occasioné prématurément par une cause qui a agi mécaniquement, si elle a été violente, la parturition s'effectue subitement, et le plus souvent l'hémorragie abondante qui l'accompagne, prévient le développement ultérieur de la métrite. Cette circonstance a lieu surtout quand l'accouchement est provoqué par une marche forcée, par des secousses violentes qui n'ont pas contondu l'utérus, par des convulsions et autres causes analogues dans leur manière d'agir.

Mais lorsque le travail parturitif s'effectue prématurément, sous l'influence de causes traumatiques qui ont borné leur action à déterminer une inflammation locale de l'utérus et du placenta, ou par l'effet de circonstances tenant à la constitution de la femme ou à son état de santé, alors l'accouchement n'a lieu ordinairement qu'après que le travail morbide est parvenu à un assez haut degré d'intensité pour faire cesser le travail reproducteur, et occasioner la mort du fœtus. C'est dans ces cas surtout que l'on remarque des phénomènes sur lesquels je désire particulièrement fixer l'attention. Quoique je ne veuille exposer ici que des remarques générales, je vois néanmoins la nécessité d'établir quelques distinctions qui faciliteront l'intelligence du sujet.

Toutes les fois que, pendant la gestation, l'utérus devient le siége d'un travail morbide grave, il y a absence ou présence d'un travail parturitif. Dans le premier cas, des douleurs vives, brûlantes, continuelles se font sentir à la région utérine, et la pression augmente ces douleurs ; dans le second cas, ces mêmes symptômes présentent constamment des rémissions, rarement des intermissions ; de plus, les contractions de la matrice sont plus ou moins manifestes, et le col présente des indices des accouchemens ordinaires. Un mouvement fébrile très-intense accompagne constamment cet état morbide, souvent même il l'a précédé de plusieurs jours, et a déterminé dans quelque viscère un état inflammatoire qui complique d'une manière très-fâcheuse l'accouchement prématuré, et qui le plus souvent reçoit encore du travail expulsif un degré d'acuité qui n'est pas sans danger pour les jours de la malade.

Dans les circonstances que je viens de représenter, la femme est en proie à une maladie grave, toujours éminemment inflammatoire, et exigeant impérieusement tous les traitemens que l'on oppose ordinairement à cet état morbide, et presque exclusivement les moyens dits antiphlogistiques. Mais avant de les mettre en usage, avant surtout de pousser loin l'émission du sang, il faut s'être bien assuré s'il est encore possible de prévenir la fausse couche ; il faut surtout ne pas oublier que celle-ci entraînera une perte de sang considérable, dont on doit tenir préalablement compte, en établissant le diagnostic, et en ordonnant les moyens thérapeutiques. Ces premières observations sont fournies

surtout par les maladies qui siégent dans l'utérus, et qui n'ont pas encore absolument opéré la mort du fœtus et préparé son expulsion.

Mais lorsque l'affection utérine est arrivée au point de déterminer le travail parturitif, quelque pressantes que soient alors les indications fournies par l'état général de la femme, c'est sur ce travail qu'il faut d'abord fixer l'attention. Outre ce qui a été dit pour les cas précédens, la nature des contractions expulsives, l'état spécial de l'utérus, et la position du fœtus, sont les choses les plus pressantes à apprécier. En pareil cas, il est rare que la marche de l'accouchement suive le type normal; le plus souvent, au contraire, l'utérus se contracte irrégulièrement, et imprime au fœtus une direction vicieuse, que l'on reconnaît facilement après l'écoulement des eaux. Le placenta se décolle alors dans une étendue plus ou moins considérable, et une hémorrhagie vient compliquer la parturition morbide. Si la grossesse est déjà avancée, passé la moitié de son terme, par exemple, le plus fréquemment, l'utérus ne se dilate que dans les portions les moins affectées par le travail inflammatoire, et, pendant chaque contraction, les divers foyers de phlegmasie utérine éprouvent un tiraillement qui menace de rompre l'organe en ces endroits. Si le travail dure long-temps, la phlogose envahit les portions de viscère restées saines, les tuméfie; bientôt toute contraction expulsive cesse, et la matrice demeure comme collée sur la masse dont elle n'a pu se débarrasser. Le col utérin, alors plus ou moins dilaté, est chaud, tuméfié, rend l'exploration du fœtus très-douloureuse, et son issue désormais impossible sans les secours de l'art. Cette sorte d'inertie, qui peut être appelée *phlogistique* et qui contraste parfaitement avec l'*inertie asthénique* que l'on remarque dans quelques accouchemens naturels, mérite une attention particulière, et réclame des soins qu'un médecin instruit peut seul bien diriger.

Dans ce cas, je pense que l'on doit entreprendre de terminer l'accouchement sans différer, si cela est encore possible, comme il arrive lorsque le fœtus présentant les pieds, les fesses ou le ventre, l'on peut encore faire pénétrer quelques doigts dans la matrice, dégager les extrémités inférieures, et finir comme dans les cas de version simple. Mais si cette manœuvre est impraticable, je conseille de soumettre la femme aux traitemens antiphlogistiques, dont j'ai parlé ci-dessus pour les momens où l'affection utérine n'a pas encore pu déterminer la fausse couche. Les émissions sanguines, générales et locales, les bains, les injections émollientes, les applications de même nature, l'emploi de l'extrait de belladone sur le col utérin, le repos le plus parfait, rassurer le moral, tels sont des moyens qui procurent souvent des modifications très-avantageuses dans ces difficiles et dangereuses circonstances. Plus elles se présentent près du terme de la grossesse, moins elles sont redoutables, parce qu'alors l'utérus et toutes les parties que le fœtus doit parcourir pour venir au jour, ont été naturellement disposés à la parturition, et que ces parties se prêtent plus facilement aux manœuvres qu'elle rend indispensables.

Tout ce qui vient d'être exposé a trait seulement aux affections de l'utérus qui occasionnent l'accouchement prématuré. Je ne prends point à tâche de parler du petit nombre de cas analogues aux précédens, occasionés par un fœtus mort de maladie à lui propre; car alors la matrice contracte difficilement un état morbide qui l'atteigne directement: ce dernier cas rentre dans l'ordre de ceux où l'affection utérine et le résultat de la parturition.

Portons maintenant notre attention sur les cas où la métrite naît pendant le travail d'un accouchement arrivé à son terme, sans développement d'accidens morbides appartenant à l'utérus. Ces cas sont bien plus rares que les précédens; déjà j'ai fait remarquer que l'impossibilité où nous sommes de nous assurer parfaitement de l'état de l'utérus pendant le travail parturitif, fait que souvent nous apprécions mal ce que cet organe peut avoir de morbide. On peut dire que les nuances légères de la métrite ne sont pas plus aperçues pendant l'accouchement que les faibles nuances de gastrite ne sont observables pendant les digestions difficiles. Dans cette affection, comme dans beaucoup d'autres, ce sont les *gros signes* qui font reconnaître le mal.

On conçoit, mieux qu'on ne peut l'expliquer, que la nature, après avoir bien accompli l'œuvre de la reproduction, procède quelquefois mal pour en mettre le fruit au jour. Le défaut de position normale peut concerner l'utérus et l'enfant en même temps, ou seulement l'un d'eux. Dans l'un ou l'autre cas le travail parturitif est plus pénible, plus long; des contractions infructueuses long-temps répétées, établissent un véritable état morbide dans la matrice, état consistant dans l'asthénie ou la sthénie. L'une ou l'autre de ces conditions peut aussi être favorisée par l'état de la santé de la femme, au moment du travail expulsif. Chacun de ces états maladifs se décèle par des signes particuliers, et exige des secours spéciaux que je vais désigner rapidement, parce qu'ils n'appartiennent que secondairement au sujet dont je traite.

Dans les circonstances précédentes, l'affection spéciale de l'utérus complique les difficultés que l'accouchement présente, mais cette affection ne les constitue pas exclusivement, ce qu'il importe de bien constater. En effet, la dystocie qui n'est due qu'à la position, au volume du fœtus, ou à la structure anatomique des organes de la femme, n'entre pas nécessairement dans l'objet de ce travail; je rappelle seulement ici que quand la difficulté de la parturition tient surtout à une position vicieuse du fœtus, la réduction de cette position est déjà un remède fort avantageux pour la métrite. D'où j'infère que dans tous les cas d'accouchement dont le travail est décidé, la première indication est de modérer l'état phlogistique de l'utérus, par les traitemens dont il est parlé ci-dessus, s'il est possible de temporiser assez pour les mettre en usage; dans les circonstances où les efforts parturitifs sont trop pressans, l'on doit immédiatement s'occuper d'amener l'enfant par les moyens que sa position réclame, et dont je ne dois pas traiter ici.

Lorsque la parturition est effectuée, et la matrice débarrassée de l'arrière faix, il est plus facile de s'assurer du caractère des lésions dont cet organe peut être le siége; l'on a en outre une voie directe pour diriger sur lui les substances capables de modifier son état. Une hémorragie survient elle alors? il ne faut pas se

hâter de la supprimer, surtout s'il existe une phlogose de l'utérus, avant de s'être assuré que la perte est trop abondante, et que la débilité où elle peut jeter la malade, et les lypothymies qui surviendront, seraient désavantageuses, et favoriseraient les congestions viscérales que l'écoulement modéré du sang tendait à prévenir ou à modifier. S'il devient indispensable d'arrêter l'écoulement du sang, l'on doit employer de préférence les moyens qui agissent le plus doucement possible sur la matrice, pour en solliciter les contractions. Pour atteindre ce but, rien ne m'a mieux réussi jusqu'à ce jour, que des injections d'une solution d'alun dans de l'eau très-froide, du jus de citron ou du vinaigre dont on sature le même liquide, que l'on projette dans l'utérus au moyen d'une sonde présentant à son extrémité intérieure un renflement olivaire avec plusieurs pertuis.

L'intromission de la main dans l'utérus pour y porter une éponge ou un autre corps chargé de liquide styptique, n'est pas alors sans danger, non plus que le tamponnement et la compression de ce viscère; ces moyens doivent être réservés pour les cas où l'écoulement existe sans complication de phlogose des parois utérines: le premier procédé est encore seul praticable quand la perte survient après l'expulsion d'un fœtus peu volumineux. L'ingestion dans l'estomac de quelques verres de limonade très-chargée de jus de citron, et prise aussi froide que possible, sera toujours dans ces cas un bon moyen auxiliaire.

L'emploi de l'ergot du seigle paraît aussi pouvoir rendre des services dans ces circonstances, mais je n'ai encore aucun document qui me soit propre, pour m'autoriser à recommander ce remède, qui d'ailleurs me semble bon seulement pour les cas où le danger n'est pas trop prochain. L'ergot pourrait encore être mis en usage dans les cas où après l'expulsion du fœtus, la délivrance serait difficile à effectuer, soit à cause d'adhérences du placenta, ou pour cause de rupture du cordon ombilical. Toutefois, il est constamment préférable d'opérer cette extraction avec la main portée dans l'utérus, en employant les précautions nécessaires; et cela doit être pratiqué avant que le col de cet organe ait eu le temps de se contracter trop fortement.

Si nous abandonnons ces circonstances accessoires dans les parturitions qui s'effectuent, l'utérus étant malade, pour ne nous occuper que de ce viscère vuide du produit de la conception, en présentant peu ou point d'exhalation sanguine, nous trouvons d'autres conditions à remplir.

Lorsque la parturition a été opérée pendant que la matrice était dans un état phlegmasique intense, général ou partiel, on s'en assure en palpant ce viscère à travers les parois hypogastriques, et en pratiquant le toucher. L'organe affecté se présente alors sous une forme irrégulièrement globulaire, d'une dureté qui n'est pas égale dans tous ses points; sa sensibilité est très-exaltée, l'orifice reste béant; le col, très-dur, paraît comme perforé seulement assez pour permettre l'intromission d'un doigt; sa chaleur est excessive, et le plus souvent il s'écoule peu de sang, ou il en existe seulement un peu de coagulé dans la cavité utérine. Cette affection est constamment compliquée de douleurs, ou même d'un véritable état inflammatoire développé dans quelques autres parties de l'organisme, et surtout dans les viscères pectoraux. Dans ce cas, il faut se hâter de remplir les indications les plus pressantes. Lorsqu'elles se rapportent à l'utérus, c'est aux grandes lèvres qu'il convient de faire couler le sang, autant qu'il paraît à propos, par le moyen de sangsues, et de favoriser le dégorgement de la matrice en y pratiquant souvent des injections émollientes tièdes, ainsi que dans le vagin: des applications de même nature doivent être entretenues sur l'hypogastre; mais il faut éviter qu'elles n'incommodent par leur poids.

On entretiendra en même temps les jambes et même tout le corps dans un degré de chaleur élevée, tant qu'il y aura des frissons; effet qu'on obtiendra facilement de l'ingestion de quelques infusions chaudes, faites avec de légers toniques diffusibles, comme la plupart des plantes aromatiques, et surtout en pratiquant des frictions sèches sur les membres. Si les poumons ou le cerveau avaient été le siége d'une congestion sanguine pendant la parturition, il serait convenable de pratiquer une saignée de bras, avant de faire couler le sang des parties voisines de l'utérus, comme je l'ai prescrit tout-à-l'heure.

Les solutions de continuité plus ou moins graves dont la matrice, le vagin ou le périnée peuvent être le siége pendant une parturition pénible ou maladive, ne font pas l'objet de ce mémoire, mais je veux parler de certaines circonstances qui se présentent dans quelques grossesses, et y jouent un rôle assez important pour que je ne les passe pas sous silence; ce sont l'infiltration et la phlébite qui vont maintenant fixer mon attention. Je ne dirai que ce qui me paraît le plus nécessaire sur ce sujet, prenant à tâche de ne pas donner des détails d'une longueur incompatible avec l'ouvrage auquel je destine mes observations.

C'est le plus souvent pendant le dernier trimestre de la grossesse que l'on voit naître l'infiltration des extrémités inférieures et même de l'abdomen. Les causes de cet état morbide sont très-variables sans doute; il est même évident que l'affection n'a pas le même caractère chez tous les sujets. Le plus souvent néanmoins l'infiltration dans ces cas dépend de la gêne que le développement du fœtus occasionne dans la circulation veineuse et lymphatique sous-pelvienne, gêne qui paraît occasioner un certain degré de phlébite dans les veines qui en sont le siége. Les veines utérines participent elles à cet état morbide? cela est probable. Mais je dois dire que je ne suis pas en mesure de pouvoir affirmer quels sont les signes pathognomoniques de la phlébite utérine. Je n'affirmerai rien de plus sur la phlébite des crurales; je dirai seulement que le malaise, l'anxiété, les douleurs vives que les femmes grosses éprouvent dans les cuisses, les lombes, et sous le pubis, me font *soupçonner* ce genre d'affection; principalement quand je vois l'infiltration ne survenir qu'après le sentiment que je viens de caractériser; au lieu que, dans ma pensée, la phlébite pourrait bien être déterminée par l'édématie, lorsque je vois celle-ci naître la première, sous l'influence de causes spéciales, et sans être précédée par les signes qui, tout-à-l'heure, me faisaient présager la phlébite donnant naissance à l'en-

gorgement sous-pelvien. Pour le moment je ne conclus encore rien de ce premier aperçu, parce que les observations sur lesquelles je le fonde sont trop incomplètes; mais j'indique ce point de notre science comme une source d'intéressantes recherches. Bien que cet objet fixe spécialement mon attention, j'aimerais le voir exploité par nos confrères qui sont placés le plus convenablement pour faire des observations complètes et des autopsies, et pour publier leurs remarques dans les ouvrages périodiques destinés au public médical.

Par les dernières considérations que je viens d'exposer, j'indique assez que ma pratique m'autorise à regarder comme très-grave l'infiltration sous-pelvienne pendant la gestation. *Jamais* je n'ai vu cette complication rendre la parturition très-laborieuse; mais *quelquefois* je l'ai vue provoquer l'accouchement avant terme, et *fréquemment* mettre les jours de l'accouchée dans un danger imminent peu de temps après l'expulsion de l'enfant. Une remarque fort importante en pareil cas, c'est que les accidens qui se présentent pendant la parturition compliquée d'infiltration, ou immédiatement après, ont presque toujours leur siége dans les poumons; circonstance qui m'a porté à penser que la circulation sous-pelvienne, favorisée brusquement par le vide survenu dans l'abdomen, et par le mouvement fébrile que provoque l'accouchement, absorbe trop promptement la sérosité extravasée et apporte aux organes de la respiration les matériaux d'un engouement qui rend promptement cette fonction presque impossible. Dans de pareilles circonstances, j'ai pratiqué des saignées de bras, dont les effets constamment avantageux, l'ont toujours été d'autant plus que l'émission du sang avait eu lieu plus près du début de la congestion pulmonaire. Les remarques que j'ai faites sur ce sujet me décideront à l'avenir à employer dans ces cas la saignée de bras, même pendant le travail parturitif, toutes les fois qu'il me paraîtra susceptible de s'exécuter lentement, et que dès son début, la diminution de l'infiltration sera suivie de difficulté de respirer.

EXTRAIT

DU RAPPORT DE M. TÉALLIER, SUR LE TRAVAIL PRÉCÉDENT.

Il existe fréquemment, sans aucun doute, dans les tissus organisés, des altérations profondes, qui dénaturent plus ou moins complètement leur organisation primitive, dans les points où elles ont lieu, sans troubler d'une manière appréciable les fonctions qu'ils sont chargés de remplir; plus souvent encore il se développe dans l'intérieur des organes des productions anormales qui, dans leur origine, ne se manifestent par aucun signe capable de les faire reconnaître ou même soupçonner : et néanmoins on ne peut pas dire que ces altérations latentes, ignorées, inappréciables à nos sens, existent sans qu'il y ait maladie. L'état maladif ne résulte pas seulement du trouble porté dans les fonctions des organes; on doit l'admettre toutes les fois qu'il y a altération dans l'organisation primitive, lors même que cette altération ne serait pas assez avancée, ou assez étendue, ou assez profonde pour intervertir l'ordre des fonctions, et dès l'instant où l'harmonie dans les rapports organiques des tissus est dérangée, sans attendre sa manifestation par le trouble des fonctions.

Les lésions de la matrice sont distinguées en celles qui sont dues à une cause dont l'action a été subite et violente et qui déterminent le plus souvent des phénomènes de parturition, quelle que soit l'époque de la grossesse; et en celles où l'affection utérine n'est que locale ou s'établit lentement, et où il se présente seulement des phénomènes de trouble dans l'acte de la gestation.

Les causes traumatiques qui atteignent l'utérus pendant la gestation, déterminent le plus souvent la péritonite, en même temps qu'elles font naître l'inflammation des parois utérines; mais, dans ce cas, l'expulsion du produit de la conception n'a lieu qu'autant que l'affection de l'organe qui le contient est assez intense pour empêcher les fonctions du placenta, et par conséquent pour faire cesser la vie du fœtus.

Cette proposition, présentée ainsi d'une manière absolue, ne saurait être admise sans contestation; car, s'il est vrai de dire que les causes traumatiques déterminent l'avortement en empêchant les fonctions du placenta de s'exécuter, il n'est pas moins bien prouvé par l'expérience de tous les jours, que les coups, les chutes, les violences quelconques, qui atteignent l'utérus en état de gestation, déterminent ses contractions expulsives bien avant que l'inflammation de ses parois ou du péritoine ait pu faire cesser les rapports physiologiques de la mère à l'enfant par l'intermédiaire du placenta.

C'est à la métrite chronique peu aiguë, ou très-circonscrite si elle est aiguë, que l'auteur attribue les grossesses pénibles et douloureuses. Cet état morbide affecte rarement tous les tissus de la matrice en même temps, et c'est pour cette raison qu'il n'occasionne pas plus souvent l'accouchement prématuré. Quelquefois il n'existe qu'une simple phlogose qui occasionne des hémorrhagies ou un épanchement apoplectique entre le placenta et la surface à laquelle il adhère.

C'était ici le lieu de faire mention d'une circonstance pathologique qui se rencontre assez fréquemment et que l'auteur a oublié de signaler, nous voulons parler des adhérences anormales du placenta à la matrice. Ces adhérences, qui ne sont pas si rares que Baudelocque semblait le croire, peuvent avoir lieu entre un point très-circonscrit du placenta et la matrice, ou s'étendre à toute la surface placentaire; elles peuvent être assez superficielles pour céder à des tractions légères sur le cordon ombilical, ou bien avoir jeté des racines si profondes et établi des connexions si intimes avec les parois utérines, que tous les efforts deviennent impuissans pour les détruire, et que l'accoucheur est réduit à extraire par arrachement une partie de la substance placentaire, abandonnant la sortie du reste aux efforts de la nature et au travail suppuratif qu'elle provoque. Ces adhérences que nous avons rencontrées plusieurs fois dans le cours de notre pratique, nous paraissent dépendre d'un travail morbide qui s'établit sur le point où elles ont lieu. Nous les avons rencontrées à la suite

d'accouchemens à terme ou prématurés chez des femmes qui nous avaient offert pendant la gestation des douleurs fixes sur quelque point des parois utérines, et nous avons été conduits à croire qu'elles étaient le résultat d'une inflammation adhésive de ces mêmes surfaces. Aussi donnons-nous toujours une attention particulière à ces points douloureux qui s'observent dans la matrice pendant la grossesse, et cherchons-nous à les combattre par les antiphlogistiques et par la saignée particulièrement. Les moyens de cet ordre sont presque les seuls qui débarrassent les femmes de ces douleurs qui les incommodent beaucoup, en même temps qu'ils sont les plus propres à combattre ces phlegmasies locales auxquelles nous attribuons les adhérences, sans affirmer toutefois que celles-ci ne puissent pas exister sans avoir été précédées de ces douleurs et que ces douleurs elles-mêmes soient toujours le symptôme de l'inflammation adhésive, et qu'elles ne puissent pas avoir un autre caractère que celui qui leur est assigné dans cette circonstance. Les difficultés qui résultent pour la délivrance de ces adhérences, ne sont pas le seul inconvénient qu'elles fassent naître; elles ont celui non moins grave de laisser dans un état phlegmasique le point de la matrice où elles avaient leur siége. C'est à cette disposition anormale de la gestation qu'on doit rapporter souvent ces métrites interminables qui exercent la patience du médecin, et qui font le désespoir des malheureuses femmes qui en sont atteintes. Nous avons vu souvent la métrite succéder aux adhérences du placenta, et nous ne les avons jamais observées un peu étendues, sans que le rétablissement de la femme en couche ait été pénible, difficile, et se soit fait attendre plus ou moins long-temps, quelquefois des années, la matrice conservant une grande sensibilité, présentant une douleur obtuse et profonde, un volume et une pesanteur beaucoup plus considérables que dans son état normal, et un écoulement séro-purulent, souvent fétide, ayant fréquemment lieu par les voies de la génération.

Mais revenons à notre sujet, dont cette digression nous a un peu trop écartés.

M. Gérard pense que le travail de l'accouchement, à quelque terme de la grossesse qu'il s'effectue, est modifié d'une manière bien plus défavorable par une métrite que par une déviation de la matrice, il va plus loin : il déclare qu'en général la plupart des positions vicieuses du fœtus pendant la parturition, reconnaissent pour causes des affections spéciales de l'utérus et leur sont subordonnées bien plus qu'à sa disposition mécanique. Et s'il manque de preuves suffisantes à l'appui de ces assertions, c'est que, dit-il, nous sommes dans l'impossibilité de pouvoir examiner avec soin la substance de l'utérus en travail pendant les accouchemens dits contre nature.

Nous admettons volontiers que l'état phlegmasique général ou partiel de la matrice soit une circonstance défavorable pour la parturition; qu'il l'entrave plus qu'une simple déviation de la matrice, et sur ce point nous sommes d'accord avec l'auteur; mais nous ne pouvons admettre avec lui que les positions vicieuses du fœtus au moment de la parturition reconnaissent pour causes des affections spéciales de l'utérus. C'est là une hypothèse qui, pour être convertie en réalité, aurait besoin de preuves que l'état actuel de la science ne fournit pas encore suffisamment. On rencontre tous les jours ces positions vicieuses du fœtus chez des femmes qui avaient joui d'une santé parfaite pendant tout le cours de leur grossesse; tandis qu'on voit l'enfant se présenter dans la position la plus favorable à son expulsion chez des femmes qui avaient été tourmentées par des douleurs utérines et des incommodités de toute espèce. Il n'est pas rare, d'ailleurs, de pouvoir constater la position vicieuse du fœtus pendant la grossesse bien avant le moment de l'accouchement, chez des femmes qui n'ont présenté aucun symptôme de maladie de la matrice; c'est ainsi que nous reconnûmes dernièrement chez une femme enceinte de deux enfans, en pratiquant le toucher un mois avant la couche, que l'un des deux enfans présentait la tête à l'orifice utérin, tandis que la tête de l'autre se retrouvait dans la partie supérieure gauche de la matrice. Le premier enfant vint en effet par la tête, et le second par les pieds.

Lorsque l'utérus est enflammé dans un ou plusieurs points, il doit en résulter des inégalités dans la force et la puissance de ses contractions, capables d'imprimer au fœtus une direction vicieuse. En théorie cela peut être vrai, car les points enflammés ayant perdu leur faculté contractile, restent dans l'inertie, tandis que ceux restés à l'état sain, conservant toute leur faculté d'agir, poussent le produit de la conception dans des directions qui l'éloignent plus ou moins de l'axe utérin, et peuvent lui faire prendre une position vicieuse, lorsque le travail de la parturition a lieu dans les premiers mois de la grossesse. Mais cette disposition anormale de la matrice qui rend l'accouchement à terme lent, difficile et quelquefois impossible par les seuls efforts de la nature, peut-elle également imprimer à cette époque une direction vicieuse à l'enfant? nous avons de la peine à le croire.

Jusqu'ici l'auteur ne s'est occupé que des affections qui occasionnent l'accouchement prématuré; il va désormais examiner les cas où la métrite naît pendant le travail d'un accouchement arrivé à son terme. Ces cas sont bien plus rares que les précédens. Mais on doit remarquer qu'il est difficile de bien apprécier, pendant le travail, ce que l'utérus peut avoir de morbide, et que souvent des nuances légères de métrite ont passé inaperçues, et que ce qu'on pourrait considérer comme une métrite récente, n'est autre qu'une métrite ancienne, latente, qui passe à l'état aigu, exaspérée qu'elle est par le travail de l'accouchement.

Il conviendrait, dit l'auteur, de commencer par une saignée du bras, si le cerveau ou les poumons avaient été le siége d'une congestion sanguine pendant la parturition. Nous pensons qu'une ou deux petites saignées révulsives pratiquées au bras, seraient également préférables à l'application des sangsues à la vulve, dans le cas où l'engorgement sanguin ou l'état inflammatoire de la matrice seraient considérables. Ces saignées révulsives, qui font la base du traitement de toutes les métrites, surtout aux approches des périodes menstruelles qui les exaspèrent presque constamment, auraient la même efficacité peu de jours après l'accouchement dans les cas de métrite, en diminuant l'état

congestionnaire de l'utérus, déterminé par le travail de la parturition.

L'auteur termine par quelques considérations sur l'édème des extrémités inférieures et même de l'abdomen, qui survient pendant le dernier trimestre de la grossesse, et sur la phlébite. Entre autres causes de l'édème, il signale la gêne que le développement du fœtus occasionne dans la circulation veineuse et lymphatique sous-pelvienne, gêne qui, dit-il, paraît causer un certain degré de phlébite dans les veines sur lesquelles elle porte. Et plus loin il admet que la phlébite pourrait être déterminée par l'*édématie* lorsque celle-ci naît la première.

Il est plus que probable que la phlébite joue un rôle important, rôle encore ignoré jusqu'à ces derniers temps, dans la production de l'édème des extrémités inférieures des femmes enceintes; mais il nous paraît difficile d'admettre avec l'auteur que la phlébite pourrait être déterminée par l'*édématie*. Nous pensons que dans tous les cas, la gêne dans la circulation veineuse précède l'infiltration séreuse, l'accompagne ou la provoque, et nous ne concevons pas comment cette infiltration pourrait donner lieu à la phlébite; c'est prendre évidemment l'effet pour la cause.

Du reste c'est un point d'anatomie pathologique d'une haute importance, et sur lequel il convient de faire de nouvelles recherches, malgré la grande utilité de celles qui ont déjà été publiées sur cet objet.

M. Gérard observe très-judicieusement que les accidens qui se montrent pendant la parturition compliquée d'infiltration, ou immédiatement après l'accouchement ont presque toujours leur siége dans les poumons, et il les attribue au transport direct par la circulation, des matériaux de l'engouement, de la matière de l'infiltration dans le tissu pulmonaire, d'où proviennent l'édème des poumons et leur engouement qui rendent promptement leurs fonctions presque impossibles.

Il est difficile de décider si la sérosité qui engoue les poumons y est portée toute formée par les veines ou si elle y est exhalée par l'effet d'une coïncidence morbide. Le transport de la sérosité par la voie de la circulation ne nous paraît pas démontrée comme il l'est pour le pus dans les cas de phlébite, circonstance pathologique dont M. Gérard ne fait pas mention, bien qu'elle ait été constatée fréquemment à la suite des phlébites traumatiques où l'on trouve dans les poumons de petites collections purulentes isolées et multiples, sans traces d'inflammation du tissu pulmonaire environnant qui ait pu leur donner naissance.

Tel est, messieurs, le travail de notre correspondant. Vos commissaires l'engagent à continuer ses recherches sur quelques points de la pathologie des femmes enceintes qu'il ne fait qu'indiquer; se plaisant à reconnaître en lui un esprit judicieux, et un praticien éclairé.

—

OBSERVATION

D'épanchement apoplectique ayant son siége présumé dans la cavité arachnoïdienne,

Rédigée par M. A. Longet, interne des hôpitaux,

Et présentée à la société de médecine

Par M. Prus,

Médecin de l'hospice de Bicêtre.

Lefebvre, tailleur, âgé de 73 ans, tête volumineuse, taille petite, tempérament sanguin et nerveux, embonpoint médiocre, et d'une apparence délicate, fut admis à l'hospice de Bicêtre le 5 *juin* 1830, uniquement à cause de son âge avancé. Il entra, pour la seconde fois, le 27 juin 1833, à l'infirmerie où il avait été déjà reçu pour une pleurésie. Il était sujet aux étourdissemens, et dans sa jeunesse, il avait eu des épistaxis assez fréquentes : jamais il ne fut affecté d'hémorrhoïdes. Depuis une année environ, il ressentait, de loin en loin, de la douleur et de l'engourdissement dans les membres abdominaux, parfois il sentait, disait-il, sa tête se déranger et il éprouvait un peu de difficulté dans la prononciation. Mais aucun de ces phénomènes n'avait de suite, leur durée était fort courte.

27 *juin* 1833. — Le jour de son entrée dans la salle confiée aux soins de M. Prus, il accusa une constipation qui durait depuis plusieurs jours et une céphalalgie assez vive, sans siége précis, affirmant d'ailleurs qu'il n'avait reçu aucun coup sur la tête ni fait aucune chute. Rien d'anormal du côté du mouvement et de la sensibilité. (*Lav. purgatif, — pédiluve sinapisé, — tisanes délayantes.*)

L'état précédent fut bientôt amendé; les évacuations devinrent faciles, il survint même un peu de diarrhée, la céphalalgie persista, mais à un degré beaucoup moindre; et durant les quinze premiers jours de son séjour à l'infirmerie, le malade ne nous présenta rien d'intéressant à signaler.

12 *juillet.* — Lefebvre se plaint d'un mal de tête violent, dont il ne peut déterminer le siége. Il nous dit qu'il sent son bras droit s'affaiblir, les mouvemens y devenir plus difficiles, et nous y constatons déjà une diminution assez notable de la sensibilité. Du reste, l'intelligence est encore intacte, le malade répond raisonnablement, quoiqu'avec un peu de lenteur, aux questions qui lui sont adressées. — (*Appl. de sangsues au cou, — lav. émol.— tis. délay.*)

13 *juillet.* — Le mal de tête persiste avec toute son intensité; la force est diminuée dans le membre inférieur droit qui ne peut être soulevé qu'avec beaucoup d'efforts de la part du malade. La sensibilité ne paraît pas être diminuée dans les deux membres affectés; en effet, lorsqu'on les pince, le malade en témoigne une sensation pénible, tandis que la difficulté à se soutenir ou à saisir les objets est déjà très-marquée. Du reste, pas de contracture, pas de déviation de la bouche, la langue sort droite de la cavité buccale. Lefebvre a eu des vertiges, ses idées sont troublées, sa mémoire est faible et infidèle, ses facultés intellectuelles parais-

sent plus obtuses, les perceptions lentes. Ses réponses sont justes, mais elles ne sont émises qu'avec une lenteur remarquable; la langue paraît embarrassée; le malade manifeste une tendance marquée au sommeil, et une indifférence complète sur son état présent. Il essaie à plusieurs reprises de saisir les alimens avec le manche de sa cuillère. La soif est vive; il y a de l'anorexie; la langue est sèche et un peu rouge à sa pointe et à ses bords; la bouche est pâteuse; à la diarrhée a succédé de nouveau la constipation; du reste pas de nausées, pas de sensibilité à la pression épigastrique; les pulsations artérielles offrent une lenteur remarquable. — (*Lav. émol., — vésicat. à la nuque.*)

14 *juillet.* — Il y a eu un peu de délire la nuit. La céphalalgie est un peu plus supportable. L'agitation persiste, et le pouls de lent qu'il était la veille a pris de la fréquence. Il y a un appareil fébrile assez développé et quelques symptômes de fièvre adynamique apparaissent. La face est violacée, les yeux sont légèrement injectés, mais larmoyans, et l'ensemble de la physionomie offre une sorte de stupeur. La soif est plus ardente. La langue présente de la sécheresse et une rougeur peu prononcée. Le pouls est accéléré mais peu développé, un peu tremblant; la peau est sèche, la chaleur augmentée. Le malade a perdu complètement l'usage de son côté droit. La sensibilité et le mouvement ont entièrement disparu. Le côté frappé de paralysie est dans une résolution parfaite, que l'on ne retrouve point dans le côté sain.

L'embarras de la langue est plus marqué, Lefebvre ne profère plus que quelques paroles entrecoupées, il paraît néanmoins saisir encore les questions qu'on lui fait, et éprouve une difficulté infinie à y répondre. La bouche est légèrement déviée du côté opposé à celui que la paralysie affecte, et lorsqu'on prie le malade de tirer la langue en dehors, il veut y porter la main saine, et fait des efforts vains pour la sortir. La douleur de tête qu'il accusait lors de la manifestation des premiers symptômes, semblerait ne plus exister, si l'on s'en rapportait d'abord au malade; mais quand on le presse vivement de répondre, on voit qu'il fait effort pour porter la main libre sur le côté de la tête opposé à la paralysie; d'autres fois, néanmoins, il applique sa main sur la région frontale. Le délire de la nuit est suivi d'un état comateux assez prononcé. — (6 *sangsues à l'apoph. mastoïde, — lav. purgatif.*)

15 *juillet.* — Il n'y a pas eu de délire pendant la nuit; mais l'état comateux est parfait malgré l'application de sangsues faite la veille. Lefebvre ne répond plus aux questions, cependant il fait comprendre par des mouvemens automatiques qu'il a pu les saisir. On observe une légère contracture du côté malade. L'avant bras est fléchi sur le bras, et le poignet sur l'avant-bras, mais comme nous le verrons tout-à-l'heure, ce signe doit être passager, et d'ailleurs il est fort peu marqué. Le malade ne sent pas d'engourdissemens, de picotemens dans les membres paralysés, et ne témoigne pas de douleurs quand on les fait mouvoir avec rudesse, comme il arrive dans quelques cas de ramollissement du cerveau. Les pupilles sont contractiles. L'ouverture pupillaire droite est néanmoins un peu plus dilatée que la gauche, et presque immobile. Les yeux sont fixes, dirigés en haut. La tête est portée en arrière. La soif est vive, la langue brunâtre; la déglutition s'opère avec difficulté.

16 *juillet.* — La stupeur est au plus haut degré. La légère contracture observée la veille a disparu. Aujourd'hui résolution complète. Le malade entend un peu et fait des efforts pour répondre; mais bientôt il retombe dans l'assoupissement. Il *fume la pipe,* comme on dit communément. La respiration est parfois râlante. La déglutition est impossible. Le malade laisse écouler ses urines.

17 *juillet.* — Le malade ne paraît plus entendre; il semble étranger à tout ce qui l'entoure, et ne fait plus le moindre effort pour répondre. La respiration est pénible, la langue et les lèvres sont recouvertes d'un enduit noirâtre, fuligineux; le ventre est assez souple; les excrétions sont involontaires.

Mort le soir à 5 heures.

Nécroscopie 15 *heures après la mort.*

Le *crâne* n'offre rien de particulier; il est peu épais. La dure-mère présente les conditions normales, seulement ses sinus sont gorgés de sang, et de sa surface s'écoule en nappe une quantité assez notable de sang, provenant de la déchirure des vaisseaux qui unissent cette membrane au crâne.

On incise d'abord d'avant en arrière la portion de la dure-mère qui revêt l'hémisphère cérébral droit, et de la cavité arachnoïdienne de ce même côté s'écoule une quantité assez considérable de sérosité. Fendant de même l'autre portion de dure-mère qui recouvre l'hémisphère gauche, l'instrument, au lieu de pénétrer librement dans l'écartement des feuillets viscéral et pariétal de l'arachnoïde, se trouve arrêté par un corps qui lui oppose de la résistance; cette cavité est occupée par une production accidentelle. Une traction légère sur la dure-mère détruit quelques adhérences, et l'on parvient à renverser avec les lambeaux de la dure mère, un vaste coagulum qui comprimait l'hémisphère gauche, et qui a présenté à l'observation les caractères suivans :

Il offre une longueur d'environ 5 pouces, une largeur de 3 pouces, et 1 pouce à peu près dans le point où son épaisseur est la plus considérable. Il s'étend d'avant en arrière, depuis la suture qui unit le frontal au pariétal du côté gauche, jusque dans les fosses supérieures de l'occipital. Dans le sens transversal, il recouvre l'hémisphère gauche dans une étendue de 3 pouces à partir de la faux cérébrale qui présente une concrétion osseuse sur l'examen de laquelle je me propose de revenir tout-à-l'heure. Cette tumeur sanguine aplatie, alongée, d'une couleur en quelque sorte comparable à celle de la rate, n'a pas contracté d'adhérences intimes avec le feuillet arachnoïdien cérébral dont elle se trouve isolée par une membrane qui ne me paraît pas être le feuillet pariétal de l'arachnoïde, mais au contraire une membrane accidentelle, de nouvelle formation, mince, lisse et polie. Les adhérences sont plus sensibles avec le feuillet séreux qui tapisse la face interne de la dure-mère, qui loin d'être chagrinée est parfaitement lisse, d'où l'on pourrait inférer que

l'épanchement apoplectique a son siége dans la cavité arachnoïdienne. Quoi qu'il en soit de ce siége, que nous discuterons plus loin, le coagulum avait déprimé l'hémisphère cérébral gauche, de manière qu'il y formait une gouttière profonde dans laquelle il se logeait, desorte que les circonvolutions de ce côté se trouvaient affaissées et de beaucoup au-dessous du niveau de celles du côté opposé. Il adhère surtout par sa circonférence, qui va en s'amincissant d'une manière graduelle, au feuillet pariétal de l'arachnoïde. Ce corps résistant est formé par du sang en partie solide et fibrineux, en partie liquide et noir.

L'espèce de gouttière imprimée sur l'hémisphère gauche et sur laquelle s'appuyait le coagulum, offrait une couleur de rouille. La pie-mère et l'arachnoïde cérébrale de ce côté étaient teintes et imprégnées de sang; mais dans aucun endroit on ne pouvait constater la rupture de vaisseaux sanguins. La pie-mère, fortement injectée, se laissait détacher facilement de la substance cérébrale.

Le reste de la masse encéphalique est à peu près sain; il est ferme et consistant; seulement les deux hémisphères (et surtout l'hémisphère gauche), coupées par tranches, présentent une injection assez vive des deux substances, mais point de foyer hémorrhagique; nous notons cette dernière circonstance pour combattre une opinion de M. Serres que nous rapporterons tout-à-l'heure.

Revenons sur la plaque osseuse rencontrée dans la faux cérébrale. Un examen attentif a fait voir à M. Menière, qui en a rencontré souvent d'analogues, qu'elles ont leur siége primitif dans le tissu cellulo-vasculaire sous-séreux; que la présence de ces corps étrangers donne lieu à l'atrophie de l'arachnoïde qui les revêt, et à l'usure de la dure-mère qui leur prête un appui, de la même manière que les concrétions tophacées des artères détruisent les tuniques des vaisseaux qu'elles ont envahies. Cette disposition signalée par M. Menière, nous avons pu la vérifier sur cette pièce.

Poitrine. — On trouve des vestiges de pleurésie ancienne. Les poumons sont adhérens à la plèvre costale; mais ils n'offrent aucune espèce d'altération.

Le cœur est peut-être un peu volumineux.

Abdomen. — On trouve de légères arborisations dans la partie déclive de l'estomac; son grand cul-de-sac présente un amincissement assez marqué. Cet amincissement se reproduit vers la fin de l'intestin grêle, dont le calibre paraît diminué. On observe une légère phlogose vers cette terminaison. Le tissu de la rate se laisse déchirer avec une facilité remarquable. Le foie, les reins, la vessie paraissent être à l'état physiologique.

Nous ne dissimulerons pas que cette observation a offert quelque embarras sous le rapport du diagnostic, et que même l'erreur a été complète de notre part, sans que toutefois notre erreur ait été préjudiciable en quoi que ce soit au malade, comme on le verra plus bas: nous avions diagnostiqué un ramollissement. En effet, même marche progressive, identité presque parfaite dans les symptômes, cortége vague des signes précurseurs d'un ramollissement; c'est-à-dire engourdissemens passagers des membres inférieurs, surtout céphalalgie opiniâtre, mais pourtant mal localisée; vertiges, diminution graduelle des facultés de l'intelligence. A la vérité, on n'observa ni les fourmillemens, ni les picotemens, ni les douleurs, ni les mouvemens convulsifs dont parle M. Rostan dans ses *Recherches sur le ramollissement*, et qu'il dit se rencontrer souvent dans le membre malade. La contracture avait été passagère, il est vrai, mais enfin elle avait existé; d'une autre part, si nous considérions la rareté de ces espèces d'épanchemens, si nous nous basions sur l'opinion de M. Serres, qui veut que dans ces cas la compression soit incapable de déterminer la paralysie des apoplectiques, comme ici il y avait paralysie de la sensibilité et de la myotilité (symptôme le plus constant de ramollissement, dit M. Rostan, p. 222, 2e édition), nous devions plutôt croire à un ramollissement, à peu près certains que nous étions de n'avoir affaire ni à un tubercule, ni à une exostose, ni à une simple congestion, ni à un cancer, ni à un arachnitis, etc.

Nous devons avouer néanmoins que nous avons peu tenu compte de l'assertion de M. Serres, qui pourtant a trouvé un adhérent dans Abercrombie, instruits que nous étions de l'espèce de contradiction que ce premier auteur laisse apercevoir entre ses expériences et ses opinions sur la compression. En effet, dans une expérience, M. Serres lui-même a vu un chien dont il comprimait l'hémisphère gauche du cerveau, en y enfonçant un bouchon de liége, éprouver une paralysie du côté opposé (1). Boerrhaave *Prælat. Med.* tome III, page 390) et Louis (*fungus de la dure mère*, page 12) rapportent l'exemple d'un homme qu'on faisait tomber sans connaissance en lui comprimant le cerveau, et ensuite des expériences de physiologie faciles à vérifier et souvent répétées par Portal (*Observations sur la nature et le traitement de l'apoplexie*, page 366 et suivantes), beaucoup d'autres expérimentateurs ont démontré que la compression de l'encéphale, convenablement exercée, produisait la perte du sentiment et du mouvement.

Je dois rappeler ici que dans l'intérieur de la substance cérébrale examinée avec toute l'attention possible, nous n'avons trouvé aucun épanchement qui pût expliquer la paralysie du mouvement et de la sensibilité.

Ainsi donc, la conséquence naturelle d'un semblable examen est tout-à-fait opposée à l'assertion de M. Serres, et doit empêcher d'établir en thèse générale, que la compression qu'exerce sur le cerveau la matière d'un épanchement sanguin ne soit pour rien dans la détermination de la paralysie ou de l'état comateux d'un apoplectique.

L'erreur de diagnostic, avons-nous dit, n'avait pu être funeste au malade: en effet, la céphalalgie opiniâtre au début, l'appareil fébrile qui l'accompagnait, annonçaient un travail local dans le cerveau. Or il était bien vraisemblable que ce travail était de nature inflammatoire; conséquemment croyant avoir affaire à un ramollissement de cette espèce, les saignées et les révulsifs ne pouvaient que ralentir le cours de la

(1) Annuaire médico chirurgical des hôpitaux, page 262.

maladie supposée, en même temps que, secondés par une heureuse fortune, notre mode de traitement s'appliquait rationnellement à la maladie réellement existante.

Cette erreur corrobore l'opinion de M. Rostan, qui dit, page 397 dans son *Traité de ramollissement: « Qu'il est impossible de distinguer ces sortes d'épanchemens d'un ramollissement. »*) M. Calmeil (page 396 *de la Paralysie chez les aliénés*) affirme que, pour l'ordinaire, leur diagnostic est très-obscur, et si l'on voulait généraliser cette induction on serait porté à admettre la conclusion, peut-être un peu outrée, d'un excellent observateur, M. Reynaud (*Propo. d'anatomie pathol. et de diagnostic médical*) « Que dans l'é» tat actuel de la science, il n'existe aucun signe » certain d'une lésion déterminée du cerveau et de ses » membranes, à l'aide duquel il soit possible de par» venir à la connaissance parfaite de la nature et du » siége de la lésion qu'on y rencontre après la mort. »

Considérations relatives à la fréquence de ces sortes d'épanchements et à leur siége.

Le cas pathologique que nous venons de retracer n'est pas sans analogues dans la science, et même d'après M. Calmeil (*loco cit.*, page 227), ce genre d'altération paraîtrait se rencontrer assez souvent chez les aliénés atteints de paralysie générale. Cependant il n'en cite que deux exemples, à la vérité recueillis dans un court délai. Parmi les observations rapportées par Morgagni, qui le premier a donné une véritable impulsion à l'étude des hémorrhagies cérébrales, je n'ai pu en rencontrer une seule qui présentât de l'analogie avec celle-ci.

Abercrombie (*Pathological and practical researches*, etc., etc, page 236 et suiv.) en rapporte trois cas semblables.

M. Serres en a consigné un autre dans l'*Annuaire médico-chirurgical des hôpitaux*, page 303.

M. Rostan a rapporté un fait analogue dans les *Recherches sur le ramollissement du cerveau*, page 396 (2e édition.)

M. Menière a observé trois cas d'épanchemens apoplectiques considérables, semblables à celui que j'ai rencontré. Il les a consignés dans un mémoire encore inédit qui lui a valu la médaille d'or des hôpitaux.

Howship avait déjà publié une observation analogue.

M. Blandin en cite un cas observé à Bicêtre. (*Anat. topographique*, page 42.)

M. Ribes en rapporte un autre dans la *Revue Médicale* de janvier 1832, page 34 et suivantes.

M. Rochoux, dans la nouvelle édition de ses *Recherches sur l'apoplexie*, p. 355 et suivantes, cite trois cas semblables à celui que nous présentons.

Avant de passer à discuter le siége de l'épanchement, peut-être conviendrait-il de se demander où était la source du sang qui lui a donné naissance? L'inspection anatomique ne nous éclaire en rien sur la source précise de l'hémorrhagie de l'arachnoïde. Nous avons cherché avec tout le soin qu'on peut apporter à cet examen, partout, et notamment dans le voisinage du caillot, les vaisseaux par lesquels le sang avait pu s'échapper, sans être arrivés à les découvrir. Au reste, en pareil cas, les recherches d'un grand nombre d'observateurs ont été aussi infructueuses que les nôtres. M. Serres jusqu'à présent est seul parvenu à toujours découvrir le vaisseau déchiré (1), à l'exception toutefois d'un seul cas où il paraît lui avoir échappé (2).

Les différens auteurs que je viens de citer ont des opinions diverses sur le siége de ces épanchemens. Les uns le placent dans la cavité de l'arachnoïde, les autres dans l'intervalle que ces épanchemens se pratiquent entre la dure-mère et le feuillet arachnoïdien qui tapisse sa face interne. Parmi les premiers se trouvent MM. Ribes, Rochoux et Calmeil.

La description du siége de l'épanchement observé par M. Serres est évidemment incomplète; et dans la bouche de tout autre que d'un habile anatomiste (comme le remarque M. Dezeimeris), l'absence de détails graphiques pourrait jeter quelque incertitude sur cette description si courte. Néanmoins, M. Serres semble faire entendre que le sang épanché était interposé entre la dure-mère et l'arachnoïde.

Abercrombie ne se prononce point d'une manière bien positive sur le siége de ces sortes d'épanchemens.

MM. Rostan, Blandin, Menière le placent entre la dure-mère et le feuillet pariétal de l'arachnoïde.

Si l'on place le siége de ces épanchemens apoplectiques dans la cavité arachnoïdienne, il est assez difficile de concevoir leur mode de circonscription, d'expliquer pourquoi, comme les épanchemens traumatiques, ils ne se répandent pas uniformément à la surface de l'encéphale? M. Baillarget, interne de la maison royale des aliénés de Charenton, nous paraît être le premier qui ait donné une explication un peu satisfaisante de la manière dont ces épanchemens se rassemblent en une masse, se limitent, en un mot. Il prétend (et l'inspection anatomique confirme son assertion) qu'à la surface supérieure du caillot se forme une membrane accidentelle, qu'à sa surface inférieure apparaît une membrane analogue, que ces deux feuillets s'adossent de manière à circonscrire l'épanchement et à ne plus former qu'un feuillet unique qui constamment vient adhérer au feuillet pariétal de l'arachnoïde, jamais au feuillet viscéral. Il est assez difficile encore de se rendre compte d'une semblable prédilection pour tel ou tel feuillet séreux; mais c'est un fait constant d'observation; il ne peut être révoqué en doute, M. Menière a vu plusieurs fois des caillots sanguins dans la cavité arachnoïdienne; ils étaient étendus sous forme de membranes, et il a observé ici encore que le caillot avait contracté des adhérences avec le feuillet séreux pointillé en rouge vif de la dure-mère. Les malades avaient succombé avec des symptômes apoplectiformes. On sait aussi que dans les cas si rares d'épanchemens purulens à la face interne de l'arachnoïde, le feuillet pariétal est recouvert d'une couche plastique qui rend la séreuse plus épaisse; tandis que

(1) Annuaire, pag. 293 et 323.
(2) Op. cit., pag. 303. Obs. xx.

rien de semblable n'existe sur le feuillet viscéral. Je le répète, ce sont des faits d'observation qui, comme tant d'autres si nombreux, ne comportent point d'explication satisfaisante.

Arrivons à l'opinion de ceux qui veulent que ces tumeurs sanguines soient logées entre la dure-mère et son feuillet séreux. On sait qu'entre la dure-mère et le feuillet interne de l'arachnoïde, existe une couche fort mince d'un tissu cellulo-vasculaire très-serré, que les vaisseaux qui le parcourent ne reçoivent de sang rouge que dans l'état morbide; que c'est à l'engorgement de ces vaisseaux qu'est due la rougeur arborisée ou par plaques que l'on aperçoit à la face interne de la dure-mère; que dans ces cas le tissu cellulaire intermembraneux a toujours perdu de sa cohésion, et qu'ainsi les deux membranes peuvent être isolées. On peut concevoir que dans de semblables circonstances un épanchement apoplectique qui viendrait apparaître dans cet écartement, se limite, se circonscrive; mais il n'est peut-être pas aussi facile de se rendre compte dans ce cas de la résistance du feuillet séreux dont on peut raisonnablement prévoir la rupture, en supposant que l'épanchement éprouve à la périphérie de la résistance à son extension ?

Quoi qu'il en soit, nous basant uniquement sur l'examen attentif de la pièce pathologique, examen qui m'a fait découvrir de dehors en dedans la dure-mère, son feuillet séreux, une membrane accidentelle, le coagulum, une autre membrane de nouvelle formation, et enfin le feuillet arachnoïdien viscéral, nous plaçons le siége de cet épanchement dans la cavité arachnoïdienne.

NOUVEAU PROCÉDÉ

Appliqué à l'amputation du doigt indicateur de la main droite, avec résection de la tête du métacarpien;

Par M. Ackerman,

Docteur médecin, chirurgien-major de la marine.

Dans l'application des procédés de la médecine opératoire, il ne suffit pas d'agir avec célérité, adresse, méthode, il est encore une condition à laquelle on doit plus particulièrement s'attacher, c'est d'éviter ou plutôt de diminuer la difformité, puisque souvent elle est une cause déterminante de l'opération.

Dans bien des circonstances, il n'est pas indifférent de suivre tel procédé de préférence à tel autre, de donner telle direction à une incision ou d'intéresser une étendue plus ou moins considérable de parties, en raison des avantages qui doivent en être la suite. C'est assez généralement à la sagacité, à l'inspiration de l'opérateur que sont dues ces heureuses modifications; et ce qui, dans le principe, semblerait inutile ou contre-indiqué, devient plus tard fort avantageux.

Une opération très-simple me confirme dans cette idée: ce fut une amputation du doigt indicateur de la main droite, dont voici l'historique.

La nommée Henriette, femme de Madagascar, âgée d'environ vingt-six ans, d'une constitution robuste, présentait depuis quelque temps, et par suite d'une forte contusion, une nécrose de la première phalange avec atrophie de l'extrémité du doigt; carie de la deuxième articulation, et commencement d'altération de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'index droit. Après un long et inutile usage des moyens curatifs employés en pareil cas, je déterminai la malade à se laisser amputer.

Des différens modes opératoires, je préférai celui du professeur Dupuytren, en ce qu'il rend moins grande la difformité, par la résection de la tête de l'os métacarpien : seulement j'y apportai, dans la division des parties molles, une modification qui me parut avantageuse, et je procédai, le 1er mars 1829, de la manière suivante:

La main placée dans la pronation, je commençai l'incision à plein tranchant, entre les deuxième et troisième métacarpiens, au niveau de l'articulation; je portai le bistouri inférieurement, en contournant en avant la tête de l'os malade; je compris dans la section le ligament antérieur, et vins terminer à quatre lignes environ au-dessus de la tête, sur le bord radial du second métacarpien. Passant le bistouri dans l'articulation, je taillai sur la face dorsale du doigt un lambeau de six à huit lignes, après avoir coupé le ligament postérieur. Ce lambeau renversé sur la face dorsale de la main, fut maintenu écarté par une petite compresse fendue, et après avoir bien dégarni la tête de l'os métacarpien, je l'enlevai d'un trait de scie dirigé obliquement d'arrière en avant, et du pouce vers le médius, de manière à former un biseau à bec interne.

Quelques petits rameaux de l'arcade palmaire, donnant trop fortement, furent liés, et le lambeau porté vers la paume de la main fut maintenu en rapport avec la lèvre inférieure de la plaie par des bandelettes agglutinatives placées, les unes parallèlement, les autres obliquement de la face dorsale à la face palmaire.

De la charpie, une compresse longuette et une bande composèrent l'appareil. Le bras fut soutenu sur un plan presque horizontal, au moyen d'une écharpe, la main étant un peu plus élevée que le coude.

Dans les dix premiers jours les ligatures tombèrent; la plaie s'était déjà cicatrisée sur plusieurs points, principalement vers le pouce; et au commencement d'avril la cicatrisation était complète.

Ce procédé, qui n'est qu'une modification de celui de M. Dupuytren, me semble offrir les avantages suivans :

1° La cicatrice située dans la paume de la main, peu apparente, est garantie de l'action des corps extérieurs par le pouce qui la recouvre en grande partie.

2° L'obliquité de la section de l'os permettant un plus grand rapprochement du pouce vers le médius, *et vice versâ*, diminue la difformité, et laisse plus d'aisance dans les mouvemens.

3° Plus de promptitude et de régularité dans le procédé opératoire par une section non interrompue des parties molles; une disposition plus favorable pour l'écoulement du pus.

4° Enfin, il est une dernière considération relative à

la nature des tissus : c'est qu'en raison de leur épaisseur, les tégumens de la paume de la main prêtent moins aux mouvemens que ceux de la face dorsale ; et l'inconvénient d'un contact plus fréquent des corps extérieurs avec la cicatrice, est grandement compensé par la densité et la consistance de la peau.

Je laisse aux praticiens éclairés à juger de l'intérêt que peuvent offrir ces propositions, fruit de mes observations.

JOHNSON'S MED. CHIR. REV. JUILLET 1833.

—

DE L'EMPLOI DE L'IODE DANS LA CARIE DES VERTÈBRES.

Le docteur Patterson rapporte trois cas de carie des vertèbres, dans lesquels il a employé l'iode avec un succès apparent, qui le porte à avancer que cette substance doit être considérée comme un médicament très-efficace contre cette formidable maladie.

PREMIÈRE OBSERVATION.

En août 1831, le docteur Patterson donna des soins à J. Moran qui était atteint d'une maladie étendue de la région dorsale du rachis, dont les trois vertèbres mitoyennes étaient principalement affectées. Il était incapable de marcher, et pouvait à peine se mettre sur son séant en saisissant ses cuisses avec ses mains. Le corps de la sixième vertèbre semblait complètement détruit, celui de la septième et de la huitième près de l'être. Il y avait des douleurs cruelles et sans rémission dans le dos. Le visage était pâle, le corps et les membres décharnés; une diarrhée fatigante alternait avec des sueurs nocturnes abondantes. Deux cautères, qui avaient été établis depuis neuf mois, existaient sur le dos. Le 24 de ce mois, après avoir essayé inutilement la quinine, la ciguë, la jusquiame, le docteur Patterson prescrivit cinq gouttes de teinture d'iode toutes les huit heures. Le 17 octobre, il n'y avait plus ni malaise, ni douleur sauf celle déterminée par les cautères ; ceux-ci étaient en voie de guérison. Le 31, le malade avait repris de l'embonpoint, l'apparence de la santé, marchait solidement sans appui; les cautères étaient guéris et avec eux avait cessé la douleur qu'ils causaient, il n'y avait plus de diarrhée ni de sueurs nocturnes, et toutes les fonctions s'exécutaient régulièrement. Il a depuis recouvré sa santé dans toute sa plénitude.

2e OBSERVATION.

Mary G., âgée de 26 ans, tomba malade le 12 novembre 1831. Elle se plaignait principalement de douleurs dans les lombes. Dans cette région on apercevait une légère déviation de l'apophyse épineuse de la dernière vertèbre dorsale et des deux premières lombaires. La pression exercée en cet endroit déterminait une douleur qui s'étendait le long de la cuisse droite. Un abcès, situé dans l'aine du côté droit, suppurait avec profusion ; il y avait engourdissement et faiblesse des membres inférieurs, anorexie, symptômes hectiques irréguliers. Elle était malade depuis plusieurs mois. On prescrivit cinq gouttes de la teinture d'iode, trois fois par jour; cette dose fut élevée jusqu'à dix gouttes, mais jamais au-delà. Elle éprouva un amendement rapide ; l'évacuation purulente de l'aine diminua graduellement, et au bout de trois mois la guérison était si complète, que tout soin médical fut abandonné.

3e OBSERVATION.

En juillet 1832, le docteur Patterson fut appelé auprès d'une demoiselle de 14 ans, de complexion délicate. Quatre ou cinq ans auparavant, elle avait éprouvé une douleur très-vive dans le dos avec paralysie des membres inférieurs ; on lui avait placé en conséquence deux cautères qui furent conservés pendant un an, et alors la jeune personne fut regardée comme guérie. Elle se porta bien jusqu'au mois d'avril 1832, où elle commença à ressentir de nouveau la même douleur du dos ; sa santé générale s'altéra; elle éprouva de l'engourdissement et des douleurs lancinantes dans les cuisses ; elle ne pouvait plus diriger ses pieds. En examinant le dos, on trouva que les apophyses épineuses des quatre vertèbres dorsales inférieures s'avançaient d'un quart de pouce au-delà des autres, cette projection en arrière n'avait pas l'aspect de celle qui est produite par la destruction des vertèbres. La pression en cet endroit déterminait beaucoup de douleur, surtout au niveau des onzième et douzième vertèbres dorsales.

Le docteur Patterson fit faire des frictions avec la pommade stibiée de chaque côté du rachis, et prescrivit la teinture d'iode à la dose de cinq gouttes toutes les huit heures. En trois semaines, toute douleur du dos et des membres avait cessé, mais une épistaxis abondante fit suspendre l'usage de l'iode. L'hémorrhagie cessa, et au bout de quatre ou cinq jours la douleur du rachis était aussi intense que jamais. Le médicament fut repris, et *presque aussitôt*, la souffrance disparut; la santé se rétablit d'une manière remarquable sous l'influence de ce traitement, et la jeune fille, en novembre 1832, marchait facilement et se tenait droite sans peine.

Plusieurs médicamens dont les heureuses propriétés n'ont pas été justifiées d'une manière assez satisfaisante pour qu'on puisse compter sur eux, ont cependant été appuyés par des faits tout aussi frappans que ceux qui précèdent. On ne peut donc point sur un si petit nombre d'observations, admettre que la thérapeutique de la carie vertébrale s'est enrichie d'un médicament certain dans ses effets favorables. Mais les observations qu'on vient de lire sont importantes, en ce sens qu'elles attireront sans doute l'attention des praticiens sur des recherches et des essais qui ne peuvent être qu'utiles à la science. G. R.

—

JOURNAL DE HUFELAND

1° *Sur la production artificielle du vaccin.*

Le docteur Sonderland a publié, en 1831, un travail dans lequel il tend à prouver l'identité du virus variolique et du virus vaccin, et où il indique les moyens de développer artificiellement sur les vaches des pustules vaccinales, et de se procurer ainsi du vaccin frais à volonté. Son procédé peut être considéré comme neuf, car il diffère essentiellement de la méthode par insertion, antérieurement pratiquée par quelques expérimentateurs. Voici en quoi il consiste :

On prend toutes les couvertures d'un varioleux mort dans la période de suppuration, ou bien encore vivant, et chez lequel cette période se montre avec beaucoup d'intensité. Immédiatement après la mort, dans le premier cas, et dans le second, au quatorzième jour de la maladie, lorsque la couverture est bien imprégnée du *contagium* variolique, on la roule en paquet sur le lit encore chaud, on l'enveloppe dans une étoffe de l'aine, et on la porte dans une étable où se trouvent trois ou quatre jeunes vaches. On la déploie sur le dos de l'une d'elles, en l'assujétissant par les coins aux quatre membres de l'animal; au bout de vingt-quatre heures, on la place sur le dos d'une seconde vache, et ainsi de suite, de manière à ce que chacune d'elles ait été soumise vingt-quatre heures entières à l'expérience. Enfin on suspend la couverture, étendue au devant du râtelier, de sorte que les émanations qui s'en échappent soient continuellement respirées par les vaches.

Au bout de quelques jours celles-ci tombent malades, la fièvre se déclare, et le quatrième ou cinquième jour, il se développe, aux mamelles et sur les autres parties du corps où la peau est fine, des pustules qui se comportent absolument comme le cowpox naturel, et se remplissent d'une matière, laquelle, inoculée du quatrième au sixième jour, à dater de leur apparition, produit l'éruption vaccinale avec tous ses résultats prochains ou éloignés. Le médecin qui vaccine avec ce virus doit prendre garde de porter au vacciné, dans son vêtement ou de toute autre manière, les émanations qui remplissent l'étable, car il courrait ainsi le risque de lui communiquer la petite vérole.

Si l'on veut différer l'expérience, on peut, après avoir roulé la couverture sur le lit encore chaud, et l'avoir enveloppée dans une étoffe de laine, entourer le tout avec soin d'un papier fort, et le déposer dans un lieu frais dont la température soit toujours entre zéro et dix degrés Réaumur. De cette façon la couverture conserve les émanations contagieuses dont elle est imprégnée, pendant plus de deux ans.

Quoique le mot couverture soit le seul employé ici, je pense qu'il doit s'entendre aussi des draps qui sont en contact bien plus immédiat avec le varioleux, à moins toutefois que l'auteur n'ait voulu tirer parti de la propriété qu'a la laine de s'imprégner facilement des émanations et de les retenir.

Quoi qu'il en soit, M. Sonderland ajoute : qu'il est le premier qui ait appliqué aux vaches le *contagium* variolique sous forme gazeuse ; que par sa méthode on peut renouveler le vaccin à volonté, sans être forcé d'attendre qu'un hasard incertain amène l'occasion de s'en procurer ; que ses recherches complètent la découverte de Jenner en éclairant les médecins sur la nature, jusqu'à présent inconnue, du virus vaccin ; qu'elles dissipent les doutes qu'on pourrait avoir sur l'efficacité de la vaccine, en faisant connaître sa manière d'agir ; qu'elles ouvrent un nouveau champ d'observations à la physiologie, à la pathologie et à la thérapeutique, en montrant comment le virus variolique, communiqué par l'homme à la vache, est modifié par la constitution de cette dernière ; qu'elles peuvent occasioner de nouvelles expériences qui auraient pour but d'inoculer, sous forme gazeuse, aux animaux, diverses matières morbifiques, afin de voir si elle seront transformées, par la constitution individuelle de ces animaux, en produits susceptibles de préserver de ces maladies, comme le vaccin préserve de la variole; enfin que l'on conçoit maintenant pourquoi le cowpox est devenu plus rare à mesure que les épidémies de variole, grâce à l'extension qu'a reçue l'usage de la vaccine, sont devenues moins fréquentes chez l'homme, ce qui a diminué en même temps, pour le bétail, les chances d'infection.

Tel est le résumé du travail qu'a publié M. Sonderland, et auquel il espère donner plus d'extension.

M. Numann, directeur de l'école militaire d'Utrecht, a profité d'une épizootie qui ravageait les environs de cette ville, pour répéter les expériences rapportées ci-dessus ; malheureusement les faits qu'il a observés semblent infirmer ceux qu'allègue M. Sonderland.

M. Numann a employé deux couvertures, dont l'une avait été placée sous un individu affecté de variole confluente, tandis qu'on le couvrait avec l'autre. On les laissa autour du malade depuis le commencement de la maladie jusqu'au quatorzième jour, époque où la suppuration fut parfaitement établie. On en couvrit deux vaches, dont le poil avait été préliminairement rasé sur le dos et sur les côtés du ventre, dans une étendue d'environ trente pouces, pour que le contact fût plus immédiat et l'infection plus facile. On les étendit du col à la queue de l'animal ; on les ramena sous la poitrine et sous le ventre, et on les y fixa au moyen d'une sangle de manière qu'elles enveloppaient une partie de la mamelle.

Le premier sujet soumis à l'observation fut une vache de quatre ans qui avait vêlé une fois. Elle restait à l'étable, où on la nourrissait de foin et de paille ; et elle avait assez d'embonpoint. En rasant le poil, on remarqua, au côté droit, sur la peau mise à nu, une écorchure superficielle, résultant sans doute de quelque frottement contre un corps raboteux, ou d'un coup de corne d'une autre vache. Cette blessure, large d'un travers de doigt, était en voie de guérison.

Avant l'application de la couverture, le 29 avril, à 10 heures du matin, le pouls de l'animal battait 60 fois par minute ; la température du corps était normale et proportionnée à l'activité de la circulation. Le soir du même jour il y eût 72 pulsations; la température des oreilles, des cornes et des extrémités était élevée. Mais l'auteur pense qu'on peut attribuer ces phénomènes,

du moins en partie, au poids de la couverture, à la chaleur et à l'état orageux de l'atmosphère, ainsi qu'à l'agitation de l'animal, produite par cette double cause.

Jusqu'au cinquième jour on n'observa rien de particulier, si ce n'est quelques variations dans le pouls.

Le sixième jour la circulation et la température du corps étaient dans le même état; mais la petite plaie, dont on a fait mention plus haut, était rouge et comme enflammée. On découvrit, du côté gauche, sous la peau rasée, trois ou quatre petites élevures, sensibles seulement au toucher, et dont la plus considérable égalait la grosseur d'un grain de poivre.

Le septième jour, même observation pour le pouls et pour la chaleur, les boutons remarqués la veille ne semblent pas s'être accrus d'une manière notable, à l'exception du plus volumineux. La petite plaie s'est transformée en une pustule irrégulière et alongée.

Le 8, le 9 et le 10, aucun phénomène morbide n'apparaît, mais quelques nouveaux boutons se manifestent au toucher dans différens points de la peau, même dans les endroits encore couverts de poils, et notamment au dos et sur les hanches. Ils sont cachés dans l'épaisseur de la peau et s'élèvent très-peu au-dessus de sa surface; leur nombre est de huit ou dix. Dès lors ils ne sont pas toujours également faciles à apercevoir; parfois ils semblent plus petits, et l'on pourrait les croire disparus, tandis qu'ils reparaissent, quelques heures après, plus volumineux qu'auparavant. On attribue cette singularité aux fréquentes variations de température qui ont signalé la première quinzaine de mai.

Dès le huitième jour ces pustules contenaient une sérosité assez limpide, quoique peu abondante, qui se réunissait en une gouttelette, à l'ouverture du bouton, et présentait tous les caractères physiques du virus vaccinal. Les pustules se desséchèrent ensuite, et se recouvrirent de petites croûtes brunes qui tombèrent au bout de quelques jours.

Le second animal observé par M. Numann était une vache de deux ans, en bon état, qui était depuis 14 jours au pâturage. La seconde couverture lui fut appliquée pendant dix jours; mais on l'enlevait tous les soirs, de crainte qu'elle ne fût volée, *la vache ne rentrant pas à l'étable.* La peau rasée ne présentait pas la moindre écorchure; le pouls battait de 75 à 80 fois par minute. Le soir du premier jour il allait jusqu'à 92 pulsations, et la température des oreilles, des cornes et du reste du corps était élevée en proportion, sans doute par les causes indiquées dans l'observation précédente.

Rien de particulier le deuxième et le troisième jour; le quatrième, le pouls tombe à 75 et même à 70 pulsations; la chaleur est moindre que dans l'état normal, ce qui peut tenir aux variations de la température.

Le soir du sixième jour on aperçoit une pustule sur la peau rasée.

Le septième jour, un peu d'amélioration dans le pouls et d'élévation dans la température. Le 8, le 9 et le 10, apparition de deux nouveaux boutons.

Ces boutons ressemblaient parfaitement à ceux de la première vache, et contenaient une matière semblable; ils se desséchèrent et se couvrirent de la même croûte brunâtre.

Cette vache présenta moins de pustules que la précédente, mais il faut remarquer qu'elle était continuellement au pâturage, où elle était exposée au froid et à la pluie, et que sa couverture fut plusieurs fois complètement trempée; ce qui a pu entraîner la matière variolique et nuire à l'infection.

Sur le troisième animal on voulut vérifier si le *contagium* de la variole pouvait développer des pustules même sur une vache antérieurement vaccinée. On choisit une vache à lait de six ans, bien portante, qui était aussi au pâturage, et qu'on avait vaccinée six semaines ou deux mois auparavant. On la couvrit pendant six jours, après avoir rasé le poil, de la couverture qui avait servi à la première expérience et qu'on avait soin d'enlever tous les soirs.

On n'observa pas la plus légère irritation de la peau, ni le moindre dérangement de fonctions. Les variations du pouls et de la température furent tellement insignifiantes qu'on ne put les regarder comme des phénomènes morbides. L'expérience fut donc manquée, soit que la vache eût réellement perdu, par la vaccination, son aptitude à contracter la maladie, soit que la couverture eût été complètement désinfectée par son application sur la première vache.

Afin de vérifier si le virus recueilli sur les deux premiers animaux était capable de développer chez l'homme la vraie vaccine, l'on s'en servit pour vacciner quatre enfans.

Le virus de la première vache, recueilli le quatrième jour après l'apparition des pustules, fut inséré à trois petites filles, l'une de onze ans, l'autre de sept, et la troisième de quatre. On fit à chacune d'elles six piqûres; trois au bras gauche avec le virus frais, et trois au bras droit avec le vaccin ordinaire.

Le troisième jour, les piqûres des deux bras étaient rouges.

Le quatrième jour, celles du bras gauche paraissaient un peu plus vives chez le plus âgé des trois enfans; chez les deux autres, les piqûres des deux bras étaient également développées.

Le cinquième jour, même état dans les piqûres du bras gauche de l'enfant le plus âgé; deux de celles du même bras se sont développées chez les deux autres enfans; chez tous deux la troisième n'a subi aucun changement.

Le sixième jour, la rougeur des piqûres est moins vive chez les trois sujets, et elles semblent vouloir avorter.

Le septième et le huitième jour, elles s'éteignent complètement.

La vaccination pratiquée sur le bras droit avait produit deux boutons chez les deux premiers enfans, et un seul chez le troisième. Ces boutons parcoururent leurs périodes accoutumées.

Le virus recueilli sur la seconde vache fut inséré par quatre piqûres, le troisième jour après l'apparition des pustules, à un petit garçon de deux ans. Les piqûres étaient très-enflammées le deuxième et le troisième jour, tellement qu'il semblait que l'expérience dût réussir. Le quatrième jour la rougeur avait dimi-

nué. Le cinquième, le sixième et le septième jour, les piqûres s'éteignirent successivement.

L'enfant fut vacciné plus tard avec du vaccin ordinaire, et l'opération fut couronnée de succès.

M. Numann conclut de ses expériences : que par le procédé de M. Sonderland pour transporter la variole de l'homme à la vache, il se développe en effet une éruption pustuleuse très-analogue à la variole ; mais qu'au lieu de déterminer une infection générale, l'application de la couverture ne donne naissance qu'à un petit nombre de pustules, et cela seulement dans les points où elle a été en contact immédiat avec la peau. Les pustules paraissent le sixième jour, et contiennent une sérosité assez limpide; le dixième jour elles atteignent leur *summum*, et se dessèchent ensuite en se recouvrant d'une croûte brunâtre.

Les phénomènes morbides qui suivent l'application de la couverture sont insignifians, et ne sauraient faire craindre, comme M. Sonderland paraît le donner à entendre, le moindre danger pour les animaux soumis à l'expérience. On ne peut guère les attribuer qu'aux variations de température auxquelles les bêtes à cornes sont fort sensibles.

La vaccination faite avec le virus nouveau n'a été suivie de succès sur aucun des quatre sujets qui y ont été soumis, bien que les phénomènes qui ont eu lieu les premiers jours démontrent que l'opération n'a pas été manquée, ce qui d'ailleurs eût été difficile sur quatre sujets aptes à contracter la vaccine, et chez qui le virus a été inséré immédiatement au sortir des pustules de la vache.

M. Numann ajoute que c'est un fait généralement connu que le vrai vaccin oxide promptement certains métaux, et spécialement le fer ; propriété que n'a pas le virus variolique, et qu'il n'acquiert pas parmi les modifications que peut lui faire éprouver l'organisme de la vache; car ayant omis à dessein d'essuyer la lancette dont il s'était servi pour faire son opération, et même l'ayant enduite de virus sur ses deux faces, il n'y a trouvé, au bout de quatorze jours, aucune trace d'oxidation.

D'après le mémoire de M. Numann, dont j'ai reproduit fidèlement, tout en l'abrégeant beaucoup, tous les détails qui m'ont paru de quelque importance, il semblerait que M. Sonderland a commis une erreur tellement grossière qu'il serait difficile qu'elle ne fût pas volontaire ; chose que je ne crois pas vraisemblable. J'aime mieux croire que les expériences de M. Numann ne sont ni assez nombreuses ni assez conformes au procédé indiqué par M. Sonderland, pour donner un démenti à ce dernier. En effet, ces expériences se réduisent à une seule; la troisième ne prouvant rien, puisqu'on avait affaire à une vache inapte à contracter la contagion, et la seconde ayant été faite sur une vache exposée nuit et jour au froid et à la pluie, puisqu'elle ne quittait point le pâturage, et à laquelle on ôtait tous les soirs la couverture.

D'un autre côté, M. Numann dit qu'il a *profité* de l'épizootie qui régnait aux environs d'Utrecht. Or, en quoi cette épizootie pouvait-elle favoriser ses expériences, si ce n'est en amenant des bêtes à cornes à l'école dont il est le chef? Si cela est, ne peut-on pas croire qu'il en est des animaux comme de l'homme que l'influence épidémique semble soustraire aux autres influences morbides?

Enfin, M. Numann s'est écarté beaucoup de la méthode tracée par M. Sonderland. Au lieu de laisser l'animal sous la couverture pendant 24 heures, il le laisse neuf jours, ce qui à la vérité semble devoir favoriser l'infection ; il rase le poil, ce qui paraît encore avantageux, mais il ne suspend point la couverture au râtelier. Il se justifie de cet oubli en disant qu'un veau de 8 à 9 semaines tétait la vache qui fait le sujet de la première observation. On avait dû, pour qu'il pût facilement saisir le pis, relever les coins de la couverture qui cachaient les mamelles, ce qui n'empêchait pas qu'elle ne fût sous son nez. Ce veau avait subi, quelques jours auparavant, l'ablation des deux premières pousses des cornes au moyen de l'opération du trépan, et avait encore au-dessus du front deux plaies larges et profondes en pleine suppuration. Néanmoins, en l'examinant tous les jours, on ne put observer le moindre phénomène morbide, l'éruption la plus légère. M. Numann en conclut que l'infection ne peut avoir lieu par la respiration. Il y a plusieurs objections à faire à cette assertion tranchante, basée sur un fait unique. Je me contenterai de dire que l'opinion de M. Sonderland est de nature à mériter un plus sérieux examen, et que de nouvelles expériences, faites sur un plus grand nombre de sujets avec tout le soin convenable, ne peuvent manquer d'exciter le plus vif intérêt.

CHAMBEYRON, D.-M.-P.

EXEMPLES REMARQUABLES

D'existence prolongée sans nourriture,

Par le docteur SCHMALZ, de Dresde.

Le docteur Schmalz a vu lui-même les personnes qui sont le sujet des observations curieuses qui suivent ; il a été à même de s'en procurer tous les détails ; le sujet de la seconde a même été l'objet d'une enquête du gouvernement ; nous notons ces circonstances parce qu'elles donnent un plus grand degré d'authenticité aux faits qu'on va lire.

Ire OBSERVATION.

Angelica Vlics naquit dans le voisinage de Delft, Hollande méridionale, le 20 août 1787. Dans son enfance elle était faible et délicate, et très-sujette aux crampes occasionées par des vers qu'elle rendait fréquemment par en haut et par en bas, en grande quantité. Elle jouit d'une santé passable jusqu'en 1811, où elle fut prise pour la première fois de violens accès hystériques; pendant ces accès, il y avait une constipation opiniâtre. Plus tard elle eut des attaques répétées d'entérite chronique, et son appétit, qui avait toujours été très-médiocre, commença alors à se dé-

truire tout-à-fait. Elle continua ainsi, tantôt mieux, tantôt plus mal, jusqu'en mai 1818, où elle cessa complètement l'usage des alimens solides, et ne prit plus que des boissons, surtout du petit-lait. Tout médicament était rejeté par le vomissement aussitôt qu'il était avalé. Pendant plus de quatre ans, elle ne goûta rien de solide, excepté de loin en loin un peu de poisson ou de salade qu'elle suçait, mais qu'elle n'avalait jamais. Dans le printemps de 1822, l'hystérie devint si violente qu'elle faisait craindre une issue funeste; un lavement fut administré le 10 mars; les intestins et la vessie furent évacués; ce fut la dernière fois que l'évacuation stercorale et urinaire normale s'exécuta. Après ce temps elle refusa toute espèce de nourriture, liquide comme solide; alors, les menstrues qui avaient été régulières jusque-là, quoique peu abondantes, disparurent. Elle humectait souvent sa bouche avec un peu d'eau froide pour éteindre la chaleur qu'elle y percevait. En juillet 1822 elle eut un érysipèle de l'abdomen, qui fut guéri par des cataplasmes de mie pain et de lait. L'année suivante, elle eut un violent accès de dyspnée, et une douleur fixe dans le côté gauche de la poitrine. Son médecin, M. Grootenbeer, prescrivit un vésicatoire. En 1824, elle fut affectée plusieurs fois d'artérite subaiguë; en 1825 cette maladie se reproduisit moins souvent, et avec moins d'intensité. Dans le mois d'octobre de la même année elle rendit, après des souffrances excessives, une petite quantité d'urine et de fèces; pendant l'anné 1826, elle urina deux fois, et à chaque fois quelques gouttes. Ainsi, depuis le 10 mars 1822, jusqu'à cette époque, elle n'avait eu qu'une selle, et trois évacuations urinaires. La commission médicale hollandaise désira dans ce temps l'attirer à la Haye, afin qu'on pût se livrer à un examen approfondi de sa maladie; elle ne voulut pas y consentir; mais elle permit à quatre gardes de la veiller alternativement pendant un mois; les frais de cette surveillance furent faits par le gouvernement. Bientôt un mémoire fut publié à Delft, par le docteur Vorttman, en 1827. La malade, d'après le rapport authentique des gardes, n'avait pris aucune nourriture, ni solide, ni liquide, depuis le 11 novembre jusqu'au 9 décembre. Pendant ce temps, elle se borna à humecter sa bouche avec un peu d'eau, de thé ou de petit-lait, qu'elle crachait constamment, et la quantité du liquide qu'elle rendait ainsi était plutôt augmentée par l'addition de la salive que diminuée; elle n'eut aucune selle, n'urina point, mais rendit de temps en temps des vents par la bouche. Pendant le jour, elle s'occupait à lire et à coudre. Elle se levait, ou plutôt on l'enlevait de son lit, à neuf heures du matin, et on l'y reportait à onze heures du soir; elle dormait très-peu, étant très-tourmentée par de la céphalalgie, des évanouissemens et des crampes. Elle avait alors quarante-un ans, mais elle semblait en avoir plus de soixante; son visage était ratatiné, ses yeux mornes et sans éclat; sa langue était nette et sèche; sa peau était desséchée; le pouls était normal pour la fréquence, mais excessivement faible et petit; la sensibilité des nerfs cutanés, et peut-être aussi des nerfs profonds, était si émoussée, qu'elle s'apercevait à peine qu'on la pinçait ou qu'on la piquait. A tous les intervalles d'une heure et demie elle était prise d'un frisson suivi d'un mouvement convulsif latéral de tête; ces accès duraient ordinairement environ deux minutes.

Le docteur Schmalz vit cette femme en septembre 1828, et put s'assurer lui-même de la vérité de ce qui précède. Elle l'assura qu'elle n'avait rien bu ni mangé depuis le rapport de la commission médicale, c'est-à-dire depuis deux ans; ce qui fait six ans et demi, à compter du mois de mars 1822. Elle ajouta qu'elle aimerait bien manger, si elle pouvait avaler, mais que cet effort lui était impossible. Lorsque le docteur Schmalz écrivait ces lignes, Angelica Vlies était encore vivante.

2e OBSERVATION.

Le sujet de cette observation est une femme qui vécut plus de deux ans et demi sans nourriture. Le professeur Ricci, de Turin, a publié une histoire détaillée de ce fait curieux dans le *Repertorio di medecina, di chirurgia e di chimica di Torino.*

Anna Garbero, âgée de quarante ans, avait joui d'une santé assez bonne, quoique son appétit ait toujours été remarquablement faible. Sa nourriture consistait ordinairement dans des végétaux, une fois par jour, et les intestins n'étaient évacués en général que deux fois par semaine au plus. Peu à peu, l'appétit devint de moins en moins fort, et une fois elle resta quarante jours sans toucher à aucun aliment solide ou liquide. Mais ce ne fut qu'en septembre 1825, qu'elle fut prise d'une inappétence complète. Après un repas extrêmement léger, qui consistait en une ou deux bouchées de choux, et une gorgée d'eau et de vin, elle fut prise pour la première fois d'une gastralgie extrêmement violente, qui dura pendant quelque temps, et ne disparut qu'après d'abondans vomissemens. Depuis ce moment, il lui devint impossible de rien avaler, et même sa salive était rejetée lorsqu'elle s'efforçait de la faire descendre dans l'œsophage. Jusqu'au 7 janvier suivant, elle ne but ni ne mangea rien, n'urina point, et n'eut aucune garderobe. La seule évacuation appréciable fut celle des menstrues, qui, quoique peu abondante, revint régulièrement.

Le docteur Schmalz la vit à cette époque; il la trouva si émaciée, qu'elle semblait un vrai squelette, sur lequelle on aurait étendu fortement une peau sèche. La peau était presqu'entièrement insensible aux piqûres, et à la pression la plus forte; les membres étaient froids et semblables à ceux d'un cadavre; le pouls était petit, à peine perceptible, mais normal sous le rapport de la fréquence. La malade ne demandait pas mieux que d'essayer à avaler, mais ses efforts étaient sans succès; et à la longue, la simple vue des alimens, même sans aucun apprêt, détermina des vomissemens très-douloureux. Les choses allèrent ainsi jusqu'à la fin de juin; à cette époque, elle devint insensible et léthargique; cet état d'apathie continua jusqu'au 25 novembre suivant, où elle recouvra tout-à-coup ses sens et la parole, d'une manière inattendue. Ses forces s'affaiblirent graduellement, et elle mourut épuisée, le 19 mai 1828.

Autopsie. — Le cadavre fut examiné en présence des professeurs Rolando et Gallo, qui publièrent un

mémoire intéressant à Turin. Le grand épiploon était fortement attiré en bas, et avait contracté des adhérences avec le rebord du bassin, laissant les intestins grêles à découvert. Ce déplacement avait été causé par la chute du colon transverse, qui était situé dans la cavité pelvienne; ce colon était distendu par des fèces endurcies; les intestins grêles, au contraire, étaient contractés, et ne faisaient plus que des espèces de cordons. En suivant le colon avec soin, on trouva que la cavité de sa portion descendante était tellement oblitérée par le gonflement de sa membrane muqueuse, que les matières fécales ne pouvaient la traverser qu'avec les plus grands efforts; l'obstruction était encore plus considérable au commencement du rectum, et en cet endroit, toute issue des matières était impossible. Les matières contenues dans le colon ascendant étaient plus liquides, d'une couleur vert-noirâtre, comme celle du méconium, et fétides au plus haut degré; deux lombrics et plusieurs ascarides furent trouvés dans les intestins. G. R.

JOURNAL
UNIVERSEL ET HEBDOMADAIRE
DE
MÉDECINE ET DE CHIRURGIE
PRATIQUES
ET DES
INSTITUTIONS MÉDICALES;

PAR MM. BÉGIN, BOISSEAU, BOUILLAUD, A. DEVERGIE, HERVEZ DE CHÉGOIN, JOLLY, MÉLIER, REGNAULT, ROCHE, SANSON.

SEPTEMBRE 1833.

RECHERCHES PHYSIOLOGIQUES SUR LA CIRCULATION CAPILLAIRE;

Par M. le docteur POISEUILLE.

Je vais d'abord m'occuper de la nouvelle expérience qui, suivant M. Pigeaux (1), démontre l'existence de l'action des capillaires sur la circulation veineuse, et *prouve d'une manière évidente et directe que l'action du cœur*, loin d'être la seule cause du passage du sang des artères dans les veines, *n'est pas même aussi considérable qu'on le croirait d'abord;* ensuite j'exposerai, en peu de mots, les motifs qui m'ont conduit à exclure la pathologie de mon Mémoire.

M. le docteur Pigeaux reconnaît avec moi, qu'en effet la force qui meut le sang dans les artères augmentant ou diminuant, la circulation capillaire et veineuse est aussi augmentée ou diminuée; mais il ajoute, page 70, que pour démontrer que les contractions du cœur agissent seules dans la circulation veineuse: «Il eût fallu prouver, que *les artères étant pleines,* bien que le cœur n'ait plus d'action sur le liquide qu'elles contiennent, *la circulation veineuse reste suspendue.* C'est ce complément indispensable de ses expériences, que M. Poiseuille n'a pas produit, qui rend ses assertions tout-à-fait inexactes. » J'avoue que mon étonnement fut grand, lorsque je lus ces lignes de M. Pigeaux, et le lecteur partagera ma surprise, quand il aura vu que j'ai précisément satisfait à la condition qu'il exige, dans le Mémoire dont la critique fait l'objet de son nouvel écrit.

Effectivement, après avoir parlé de l'objection qu'on fait à l'expérience de M. Magendie, sur le passage du sang des artères dans les veines, et cherchant à isoler la force du sang artériel, de l'action du système capillaire, pour mesurer celle-ci, je dis, page 103 (1) : «Pour parvenir à la solution de ce problème, il faut d'abord diminuer la force du sang artériel, mais avec la condition importante, que l'*artère*, qui porte le sang au système capillaire d'où naît la veine, *soit toujours pleine de sang;* sans quoi l'objection précédente existe dans toute sa force.» J'entre ensuite dans les détails des expériences faites sur une anse du canal intestinal du cheval, et page 107 : « Nous voyons donc que la force du sang artériel venant à diminuer, celle du sang des veines correspondantes diminue aussi, et que si la première force augmente, la force veineuse augmente aussi; or, dans cette expérience, *les artères* qui se rendent à l'intestin *sont toujours pleines de sang*, l'action du système capillaire

(1) *Journal universel et hebdomadaire de médecine*, etc., t. XII, p. 65. C'est surtout l'examen des opinions renfermées dans ce travail, qui fait le sujet de ce Mémoire.

(1) *Recherches sur les causes du mouvement du sang dans les veines*, deuxième partie, tome III, du *Journal universel et hebdomadaire*, etc.

sur ce liquide pourrait très bien s'exercer, et continuer à faire passer le sang dans les veines, etc., etc., si la force veineuse dépendait du système capillaire.» Enfin, dans une dernière expérience, le système artériel étant intact, j'ai une pression dans les veines correspondantes de 300 millim. d'une solution de sous-carbonate et de soude; lorsque ayant diminué de plus en plus la force qui meut le sang artériel, de manière à la rendre presque nulle, je n'obtiens plus, dans le système veineux, qu'une pression de 10 millim. du même liquide; de là je conclus, page 110 : « Que la part qu'a le système capillaire dans la force qui meut le sang dans les veines, doit être considérée comme nulle. »

M. Pigeaux, après avoir indiqué cette lacune, qu'une plus grande attention de sa part l'aurait empêché de découvrir, écrit, page 71 : « L'expérience suivante, qui forme la contre-partie, et mieux encore le correctif de celles de M. Poiseuille, démontre évidemment et d'une manière directe, que l'action du cœur, dans la circulation, n'est même pas aussi considérable qu'on le croirait d'abord, » et démontre l'action des capillaires sur la circulation veineuse. Voici l'expérience de M. Pigeaux : « Si vous mettez à nu l'artère et la veine crurales d'un chien, et que vous comprimiez l'artère à sa sortie de l'abdomen, après avoir ouvert la veine, le sang qui en sortait d'abord en jet continu, bientôt coule en nappe, puis s'arrête tout-à-fait. Maintenant, s'arrête-t-il parce que l'artère est vide de sang, ou parce que l'impulsion *à tergo* du cœur lui manque? C'est ce qu'il s'agit de déterminer. Pour le démontrer, voici ce qu'il convient de faire : isoler complètement des parties environnantes un segment de l'artère crurale aussi étendu que possible; d'un doigt vous comprimez son extrémité supérieure, près du pubis, et d'un autre vous en faites autant sur le bout inférieur; puis levez alternativement un des deux doigts, il y en aura toujours un qui s'opposera à la communication de l'impulsion du cœur à la colonne de sang qui se trouve placée en dehors ou au-delà du point de compression. Or, le résultat de cette manœuvre arrive au but proposé, puisque en levant le premier doigt on permet au sang de remplir le vaisseau, et que ce liquide peut ensuite couler librement et hors de l'influence du cœur, vers ses radicules; lorsqu'on lève le second doigt, après avoir remplacé le premier, alors aussi, le sang de la veine fémorale, qui avait cessé de couler, recommence à s'échapper par l'ouverture de la veine, mais toutefois avec moins de force que lorsque je cessais toute compression sur l'artère fémorale. »

Cette expérience, *que je prends telle qu'elle est présentée par son auteur*, ne fait, ainsi qu'on va le voir, que confirmer les résultats auxquels je suis parvenu. En effet, qu'on mette à nu dans une certaine étendue une artère quelconque, la carotide d'un cheval, par exemple (je parle de la carotide, parce que c'est sur cette artère que j'ai fait cette expérience, connue depuis longtemps), qu'on applique une ligature sur cette artère, et ensuite une seconde entre la première et le cœur, on aura ainsi un segment d'artère plein de sang, tout-à-fait circonscrit, et dont le liquide ne sera plus sous l'influence du cœur; cela posé, qu'on fasse avec une lancette une ponction, en un point quelconque de cette portion d'artère, aussitôt il se formera un jet de sang, et si on examine ensuite le segment artériel entre les deux ligatures, on le trouvera presque vide de sang. Or, par quelle puissance le sang vient-il d'être ainsi chassé? *Par la force du cœur.* Dans l'état *normal* les artères sont constamment distendues, puisque la pression du sang qu'elles contiennent n'est jamais nulle, l'emporte toujours sur celle de l'atmosphère (1); si elles sont distendues, elles tendent à revenir sur elles-mêmes (2), et c'est de ce retrait de l'artère que naît la force qui expulse le sang qu'elle contient, expulsion qui est presque complète, si la résistance offerte au sang est presque nulle, comme dans l'expérience que je viens de citer. Quelle est l'origine de cette force? Il ne s'agit point d'une contraction active des parois artérielles : nous savons que les artères n'offrent point de fibres musculaires; mais seulement de l'élasticité bien démontrée de leur tunique moyenne (3), élasticité mise en jeu par l'ondée de sang lancée incessamment par le cœur. La puissance qui expulse le sang du segment artériel vient donc du cœur.

Cette expérience et son interprétation étant bien comprises, celle que rapporte M. Pigeaux va trouver tout naturellement son explication : il comprime l'artère crurale près du pubis; au-delà ou au-dessous de ce point, l'artère revient sur elle-même, par suite de son élasticité, puisqu'elle a été dilatée, et tend à faire passer une certaine quantité de sang dans la veine fémorale; ensuite il comprime d'un autre doigt le bout inférieur, et laisse libre l'extrémité supérieure; aussitôt l'artère reçoit du sang lancé par le cœur, mais, en même temps, elle le reçoit avec sa pression, elle se trouve donc dilatée; il replace le doigt sur le bout supérieur, et lève le doigt appliqué sur le bout inférieur; l'artère dilatée revient sur elle-même, pousse alors une certaine quantité de sang dans le système capillaire, et le liquide recommence à s'échapper par l'ouverture faite préalablement à la veine, « mais toutefois avec moins de force, comme l'observe très bien M. Pigeaux, que lorsqu'il cessait toute compression sur l'artère fémorale, » puisqu'en levant ainsi alternativement les deux doigts placés, comme nous venons de le voir, sur l'artère, le sang ne se trouve plus poussé par l'action du cœur et des artères (4), mais bien seulement par le retrait du segment de l'artère fémorale, qui vient d'être dilaté par le sang que lui a envoyé le cœur. En un mot, que M. Pigeaux fasse une ponction à son segment artériel, une grande partie du sang sera lancée au-dehors; invoquera-t-il ici l'action du système capillaire?

Ainsi cette expérience de M. Pigeaux ne fait que donner un degré de certitude de plus à celles que nous avons faites sur l'action des artères dans les circulations artérielle et veineuse.

Ne serais-je pas en droit de renvoyer à M. Pigeaux cette

---

(1) *V.* notre *Mémoire sur la force du cœur aortique.* (*Journal de Physiol.* de M. Magendie, tom. VIII.)

(2) *V. Action des Artères sur la Circulation artérielle.* (*Répertoire d'Anatomie et de Physiologie* de M. Breschet.)

(3) *Ibid.*

(4) Page 111, Mémoire cité : « La cause de la circulation » du sang dans les veines, est l'action du cœur et l'élasti- » cité des artères mises en jeu par l'action de cet organe. »

assertion, page 68 de son Mémoire : « Mais malheureusement ce ne sont point pour les prédécesseurs de M. Poiseuille seuls, que sont faites les erreurs d'expérimentation, et surtout les déductions qu'on en tire; les relations de causalités ou de successions sont si difficiles à bien différencier, qu'il faut avoir la main et la tête bien exercées, pour ne pas errer quelquefois en pareille matière. » Mais je ne rapporte cette assertion toute décevante, que pour faire remarquer combien elle est en opposition avec les progrès que font tous les jours les connaissances humaines.

M. Pigeaux dit, page 68 : « En ce qui a trait aux travaux de M. Poiseuille, grand bien lui eût pris, pour l'avantage de sa théorie et de la science, de consulter un peu la pathologie, etc., etc. » Dans le cas particulier dont il est ici question, je m'élève avec force contre une telle manière de procéder; quand il s'agit de constater un phénomène, on doit, si on ne veut pas errer dans son interprétation, le débarrasser de toute circonstance étrangère, et ne point s'appuyer, pour l'expliquer, sur d'autres phénomènes, qui sont peu ou point connus, car alors il y a *cercle vicieux;* ainsi, par exemple, dans une Brochure, publiée en 1822 (1), on cherche à prouver par l'*inflammation* que la circulation du sang dans les capillaires est indépendante de l'impulsion du cœur : mais l'inflammation n'est-elle pas une modification de l'état normal du système capillaire; la saine logique ne nous apprend-elle pas, qu'il faut passer toujours du plus simple au plus composé ? Si on examine un phénomène dans son plus grand état de simplicité, si l'étude à laquelle on s'est livré est bien faite, si les résultats obtenus en sont des conséquences immédiates, alors, autour de ce premier phénomène, viendront se grouper les faits plus compliqués, alors de nouvelles causes entreront en scène; et ces phénomènes complexes, ainsi analysés, trouveront eux-mêmes leur explication, cesseront d'être interprétés diversement.

Je ne m'abuse pas sur la tâche pénible, laborieuse, qu'impose une telle marche; les progrès doivent être très lents, mais ils sont, sans nul doute, plus sûrs, je pourrais dire certains. Libre à M. Pigeaux d'admettre l'action des capillaires, pour expliquer *tous les phénomènes de circulation*, qu'au premier abord la théorie harveyenne n'interprète pas; pour lui la route est achevée, pour nous elle offre encore quelques pas à parcourir : certes l'étude du système capillaire ferait plus de progrès, si la plupart de ceux qui en parlent ne se plaçaient pas à une si grande distance de lui : c'est armé du microscope et par des observations bien faites, qu'on peut être appelé à se prononcer sur le rôle qu'il remplit dans l'économie.

Toutes ces preuves *évidentes* de l'action des capillaires dans les faits que rapportent les antagonistes d'Harvey, parmi lesquels on rencontre des hommes d'un très grand mérite, me démontrent, fort des expériences que j'ai rapportées, que d'autres causes que le cœur et les capillaires concourent à produire ces phénomènes; et je répéterai ici ce que je disais dans mon Mémoire sur les causes du mouvement du sang dans les veines, p. 111. « Cette théorie de la circulation a trouvé beaucoup d'antagonistes; nous ne craignons point, cependant, de la reproduire, en nous appuyant sur les faits que nous venons d'exposer, et que nous croyons l'expression de la vérité. Certes on serait trop heureux de pouvoir, par cette seule théorie, interpréter tous les phénomènes de la vie qui se rapportent à la circulation; l'impuissance où on est vient de ce qu'on considère tous ces phénomènes comme dus à une seule cause, lorsque, au contraire, plusieurs élémens concourent à la production d'un certain nombre d'entre eux. Dans un nouveau travail où nous examinerons la circulation dans les divers organes et régions du corps, nous espérons mettre cette vérité dans tout son jour. »

Je termine ici ma réponse, déjà très longue, à *la circulation capillaire* de M. Pigeaux; je ne crois pas devoir entrer dans l'analyse d'autres assertions qu'elle contient : seulement je ne saurais finir sans témoigner à M. Pigeaux tout le regret que j'éprouve de le voir disposé à s'affranchir de la règle reçue, de n'altérer, en aucune manière, les passages qu'on croit devoir tirer des Mémoires qu'on discute; ainsi, à la page 66, M. Pigeaux me fait dire que la respiration est un moyen *fort secondaire* dans les causes du mouvement du sang dans les veines : c'est une citation erronée; il ignorait sans doute le rôle important que je fais remplir aux mouvemens d'inspiration et d'expiration, dans le cours du sang de la veine-porte, pages 303 et 304 de la première partie du Mémoire soumis à sa critique (1).

(1) *Mémoire sur la Circulation du sang éclairée par la physiologie et la pathologie.* Chez Cordier, libraire.

(1) Cette erreur porte déjà ses fruits; la *Gazette médicale* a copié, dans son n° 62 du 31 août, le texte que m'attribue M. Pigeaux; cette circonstance m'a déterminé à publier l'examen qu'on vient de lire.

Sur la Terminaison de quelques cas de Volvulus par l'étranglement et la séparation totale d'une portion souvent considérable du canal intestinal;

Par M. GAULTIER DE CLAUBRY, D. M. P.

On lit dans un des derniers numéros du *Journal universel et hebdomadaire* (n° CXLI, page 485), l'observation intéressante d'un volvulus terminé par l'expulsion *d'un paquet assez volumineux de l'intestin grêle.* Pourquoi faut-il que, par la plus inexplicable négligence, M. le docteur Palais ait omis de donner la description anatomique du *paquet* expulsé ? Par là, il nous a privés des lumières que cette curieuse observation serait venue répandre sur la question d'une des plus merveilleuses opérations de la nature, pour rétablir la liberté du canal intestinal momentanément interrompue par l'invagination de portions plus ou moins considérables d'intestins les unes dans les autres. Je vais essayer de combler la lacune que, sous ce

point de vue, la concision du récit de notre confrère de Montmirail laisse dans l'histoire du volvulus que ce médecin a été à portée d'observer.

On sait aujourd'hui, à n'en plus douter, que la continuité du canal intestinal, un moment interrompue, soit par une division complète faite à l'aide d'un instrument tranchant, soit par la gangrène d'une anse intestinale étranglée dans l'une des ouvertures anatomiques de l'abdomen, peut être rétablie par la réunion qui s'opère entre les deux bouts de l'intestin, retenus affrontés par les moyens de l'art. Il paraît même que la nature est parvenue quelquefois à rétablir seule cette continuité du canal intestinal, après une gangrène d'une anse étendue, et que cette anse même, frappée de mortification, a pu être entièrement séparée, et, plus tard, passant dans le bout inférieur de l'intestin, être ensuite poussée au dehors. Telle est au moins la conclusion qu'on se trouve naturellement disposé à déduire avec M. le docteur Cayol, d'un fait observé par ce dernier sur le cadavre d'un homme qui jadis avait eu une hernie étranglée avec gangrène, et où l'intestin offrit deux bouts réunis, presque à angle droit, par une cicatrice circulaire (*Mémoire* de M. Cayol, à la suite du *Traité des hernies*, par Scarpa).

Quoi qu'il en soit de ce dernier fait, qui, à la rigueur, pourrait encore laisser subsister quelques doutes, parce que la portion intestinale qu'on suppose avoir été détachée par la gangrène, et, plus tard, évacuée par l'anus, n'a pu être observée immédiatement; personne au moins ne niera que des invaginations, vraiment prodigieuses, aient quelquefois lieu, reconnues seulement alors après la mort des sujets qui en ont été affectés. C'est ainsi que l'on a vu le cæcum et la plus grande partie des portions ascendante et transverse du colon, s'invaginer dans l'S iliaque de ce dernier intestin, et dans le commencement du rectum. (*Obs.* de Robin, dans le *Mém.* d'Hévin, parmi ceux *de l'Académie de chirurgie*, in-4, t. IV, p. 223; et *Obs.* de Blizard, *médico-chirurg. Transact.*, 1809, t. I); que le cæcum, qui avait reçu dans son intérieur les portions ascendante et transverse du colon, s'était à son tour invaginé dans sa portion descendante (*Obs.* de M. Moutard-Martin, dans le *Mém.* de M. Cayol, p. 449, et *Obs.* de Dance, dans le *Répertoire général d'anatomie*, 1826, deuxième livraison); qu'enfin le duodénum, le pancréas, le commencement du jéjunum, la fin de l'iléon, le cæcum, les portions ascendante et transversale du colon, invaginés pêle-mêle et les uns dans les autres, étaient renfermés dans l'S du colon et le rectum, au-delà de l'ouverture inférieure duquel une portion de cette masse sortait de plusieurs pouces. (*Obs.* de Baud, *Recueil périodique de la Société de médecine*, t. XXIV, p. 20.)

Mais, au milieu de ces surprenans bouleversemens de la masse des intestins, ce qu'il y a d'important à constater, c'est le mode que suit la nature dans des cas généralement moins graves, mais quelquefois aussi fâcheux, pour opérer la séparation de la masse invaginée, et rétablir la continuité entre les bouts divisés du canal intestinal. Or, voici ce que l'observation a démontré : dans le cas recueilli par Robin, il ne fut pas possible de retirer la partie invaginée; elle avait contracté de fortes adhérences au dehors, seulement à l'endroit du repli; elle était libre et flottante intérieurement. Dans l'observation de Blizard, il existait un peu d'inflammation dans quelques pouces d'étendue, au-dessus de la portion invaginée de l'iléon; mais les effets de la gangrène étaient bornés à l'endroit de l'étranglement où des adhérences existaient. M. Duméril a vu une mortification également circulaire dans un cas d'invagination. (*Mém.* de M. Cayol, p. 454.) M. Moutard-Martin a reconnu des adhérences déjà fortes, établies au point d'étranglement des surfaces multiples que présentait la masse intestinale invaginée. (*Ib.*, p. 452.)

Dans tous ces cas, si le désordre eût été moins grand, la séparation par l'effet de la gangrène circulaire se serait effectuée, et on conçoit que les malades eussent conservé des chances de guérison. Sans doute, quelquefois les efforts de la nature sont insuffisans, soit que le mouvement péristaltique des intestins amène d'en haut des matières fécales qui détruisent les adhérences encore peu solides, soit que l'inflammation éliminatoire donne lieu à des suppurations étendues dans les parties environnantes. C'est ce que démontrent les faits suivans : Fauchon, de Melun-sur-Seine (*Mém.* d'Hévin, p. 221), a vu l'abouchement incomplet des extrémités intestinales donner lieu à un abcès qui s'étendait jusqu'au muscle psoas; et M. Bower (*Annales de littérat. méd. étrang.*, par Kluyskens, juin 1806, p. 528) a vu se former et s'ouvrir successivement plusieurs abcès stercoraux dans les parois de l'abdomen; tandis que Guérin (de Montpellier) a vu survenir, après deux mois, la mort, par la désunion des bouts d'intestins; d'où est résulté un épanchement de matières stercorales dans la cavité péritonéale (*Anc. Journ. de méd.*, t. XXII, p. 552), chez des sujets qui avaient éprouvé des volvulus suivis de l'expulsion de masses énormes d'intestins.

Or, ce dernier fait, l'issue d'un *paquet* intestinal à la suite de la mortification de la portion étranglée dans le cas de volvulus, est désormais rendu incontestable, non pas par l'observation, dépourvue de tous détails, qu'a communiquée M. Palais, mais par un grand nombre de cas où les pièces ont été examinées par les juges les plus compétens. Voici les principaux de ces cas :

J.-P. Albrecht a vu un soldat rendre une masse composée de la fin de l'iléon, du cæcum et du commencement du colon, sur laquelle une dissection attentive lui a fait reconnaître la valvule de Bauhin., (*Ephem. curios. nat. de ur.* 3, 3e année, p. 227, obs. 129.)

G. Fr. de Frankenau a observé un fait pareil : à l'intestin iléon était encore attachée une portion du mésentère. (*Ephem. curios.*, etc., *Decur.* 3; années 5 et 6, p. 509, obs. 177.)

On lit dans les *Disputationes ad morb. hist.*, recueillies par Haller (tom. III, p. 503), la description anatomique d'une portion de l'intestin grêle, également garnie de son mésentère, qui fut pareillement évacuée par l'anus, à la suite d'un volvulus.

Winslow a reconnu, dans une masse semblablement expulsée que Majaud lui avait adressée, le cæcum, avec une portion de l'iléon et quelques pouces du mésentère. (*Anc. Journ. de méd.*, t. V, p. 428.)

Muis, de Glascow, a constaté la même chose dans un cas

d'expulsion de treize pouces de l'iléon, avec quelques débris du mésentère. (*Même Journ.*, t IX, p. 70.)

Guérin (de Montpellier), qui pouvait à peine en croire ses yeux, a constaté anatomiquement que c'était bien une portion d'intestin, d'au moins quatorze pouces de longueur, entière dans son contour, et manifestement formée de ses diverses tuniques, qu'une malade avait rendue par l'anus. (*Même Journ.*, t. XXII, p. 552.)

Gautier (de Bretcuil) a disséqué avec soin une portion de l'iléon, de dix-huit pouces de longueur, à laquelle tenaient encore des débris du mésentère. (*Même Journ.*, t. LXIV, p. 619.)

Boucher (de Lille) a recueilli et disséqué avec soin un morceau de l'iléon, d'environ vingt pouces de longueur, encore garni de son mésentère. (*Mém. de math. et de phys.*, présenté par divers savans à l'Académie des Sciences; t. VIII, p. 601, ann. 1780.)

Il en était de même sur la pièce disséquée par Bawer (*Annal. de Litt.*, pag. 528) et sur celles qui furent vues par W. Dougall et par Th. Sanden (*Annal. of Medicine, by* Duncan, t. I, pag. 293, ann. 1801). Dans tous ces cas, la tunique musculaire, les valvules conniventes des intestins, les portions du mésentère, ne laissaient aucun doute sur la véritable nature de la pièce examinée.

Plus anciennement, l'Académie de chirurgie a vu l'intestin cœcum, avec six pouces du colon et autant de l'iléon, que lui avait adressés Fauchon (*Mém.* d'Hévin, pag 221). Elle avait déjà reçu de Sobaux, d'Origny, une grosse masse de parties solides, composée de vingt-trois pouces du colon, avec la portion correspondante du mésentère (*même Mém.*, pag 215), et de Salgues, deux portions d'intestin grêle, ayant en tout vingt-huit pouces de longueur (*ib.*, pag. 520).

Un chirurgien de Sens, assisté de quatre de ses confrères, a constaté la présence du cœcum et de son appendice, dans un paquet, en partie gangrené, qu'un malade avait rendu sous ses yeux (*Anc. Journ. de médecine*, t. XXXVI, pag. 515).

Le célèbre anatomiste anglais Baillie a reconnu par la dissection, dans un cas semblable, une portion de l'intestin colon, de plus de trente pouces de longueur, et dans un autre cas, plus de six pouces de l'iléon (*Méd. chir. Transac.*, t. I, 1809).

M. Mullot (de Rouen) a vu la réduction violente d'une hernie ombilicale, être suivie des accidens du volvulus, et de la sortie par les selles d'une anse d'intestin de quinze à seize pouces de longueur, accompagnée, dans toute son étendue, d'une portion du mésentère, presque sans altération. Cette pièce anatomique a été envoyée à M. Duméril, qui l'a fait voir à plusieurs personnes. (*Bull. de la Société philomath.*, n° 46, 4e année.)

La Société de la Faculté de Médecine de Paris a eu sous les yeux une anse d'intestin grêle de dix-huit pouces de longueur, avec le mésentère correspondant, que M. Thuilier (de Limoges) lui avait adressé, à l'appui d'une observation d'iléus, terminé par l'expulsion naturelle de cette anse intestinale. (*Bull. de la Faculté*, t. VI, p. 207.)

MM. Delisle, et Legoupil, de Valognes, ont vu, en 1820, un enfant expulser par l'anus le cœcum garni de son appendice, avec six pouces de l'iléon et quatre pouces du colon, et la pièce anatomique, que j'ai reçue aussitôt après, a été soumise, par moi, à l'examen des anatomistes les plus distingués de l'époque actuelle, MM. Breschet, Larrey, Magendie, Ribes, Villermé, etc., qui tous ont constaté l'existence des parties que je viens de nommer. (*Journal gén. de Méd.*, t. LXXIII, 3 et suiv.)

En résumant ces divers faits, il est impossible de se refuser à admettre que des portions, plus ou moins étendues du canal intestinal, ont été reconnues à des caractères anatomiques incontestables, dans ces masses souvent volumineuses, que des individus affectés d'accidens d'iléus, de volvulus, ont rendus par les selles, soit que ces malades aient perdu la vie peu de jours après, soit qu'ils l'aient conservée longtemps, et pendant des années entières. L'existence des valvules conniventes, celle de la valvule iléo-cœcale, de l'appendice vermiculaire du cœcum, des débris du mésentère, la séparation possible des tuniques intestinales, etc., voilà des caractères anatomiques, qui ne sauraient appartenir qu'à des portions d'intestins, et non à de fausses membranes tubulées, comme il arrive souvent qu'on en voit être expulsées dans le cours des entérites aiguës ou chroniques.

Quant aux portions intestinales elles-mêmes ainsi séparées par le fait d'un étranglement interne, les extrémités, loin d'être coupées nettement, comme il arriverait incontestablement si elles étaient séparées à l'aide d'un instrument, présentent les traces non douteuses du travail d'élimination, qui s'est établi dans le point où l'étranglement a eu lieu. C'est ainsi que J. Albrecht signale l'inflammation gangréneuse limitée aux deux extrémités de la masse intestinale, qu'il a examinée. Winslow note aussi la gangrène bornée aux extrémités de l'anse intestinale qu'il a disséquée. Sur la pièce anatomique recueillie par MM. Delisle et Legoupil, chaque extrémité de l'anse intestinale se présentait inégale, frangée, ramollie, en quelque sorte coupée en biseau, aux dépens du péritoine et de la tunique musculeuse; de sorte que la membrane muqueuse dépassait les autres tuniques.

Voilà donc jusqu'ici toutes les preuves qu'on peut désirer sur la possibilité de la terminaison d'un volvulus par la séparation de l'anse intestinale invaginée. Mais une preuve bien supérieure en valeur à toutes les autres, se trouve dans plusieurs ouvertures de cadavres, qui ont permis de constater l'absence des portions intestinales que les malades avaient rendues pendant le cours de leur maladie, et de reconnaître la nouvelle disposition des parties. C'est ainsi que Fouchon a vu le cœcum manquer dans la fosse iliaque droite, et l'iléon s'aboucher immédiatement avec le colon; que Muis a trouvé deux portions de l'iléon formant entre elles un angle presque droit, agglutinées l'une à l'autre, et rétrécies par l'épaisseur augmentée de leurs tuniques; que Guérin a vu les deux bouts de l'intestin enflammés et gangrénés, être en partie séparés l'un de l'autre, ce qui avait donné lieu à un épanchement des matières stercorales dans la cavité du péritoine, et déterminé une inflammation mortelle; que Boucher a constaté que le bout supérieur de l'iléon, dilaté d'abord, puis se terminant en un cône alongé, venait s'aboucher à angle obtus avec le bout inférieur; que M. Mullot (de Rouen) a vu les deux extrémités de l'intestin parfaitement réunies,

et fortement adhérentes au péritoine, être coupées char... en bec de flûte, et s'unir l'une à l'autre sous un angle assez aigu.

Les causes du volvulus terminé par la séparation des portions d'intestin invaginées, sont fort obscures. Nous trouvons, dans les cas nombreux que nous avons cités dans cette note, des erreurs de régime plus ou moins graves, le taxis peu méthodiquement pratiqué pour réduire une hernie, des violences exercées sur l'abdomen, comme un coup de pied, le passage d'une roue de voiture, puis des maladies aiguës des organes de la digestion, avec coliques, diarrhées, déjections sanguinolentes.

Pour ce qui est de la terminaison heureuse d'une maladie aussi grave, si nous joignons aux faits que nous avons cités celui observé récemment par M. Palais, et dont malheureusement l'époque ne remontait encore qu'à quelques jours quand ce médecin l'a publiée, nous trouvons que, sur vingt cas, onze fois la guérison complète et durable a eu lieu, sauf quelques coliques persistantes, une légère difficulté à redresser le tronc, des retours de diarrhée, qu'ont présentés plusieurs malades; tandis que, chez six autres sujets, la mort est survenue, soit après peu de jours par la continuation de l'état inflammatoire entéro-péritonéal, soit à une époque plus reculée, comme des semaines, des mois, par suite d'une entérite chronique; enfin, dans deux ou trois cas, par l'effet de la séparation des bouts d'intestins et de l'épanchement des matières stercorales dans l'abdomen.

Pour ce qui est des phénomènes morbides, par lesquels sont caractérisés les cas de volvulus se terminant par séparation d'une anse intestinale, si nous résumons ici les détails cliniques des faits que nous avons recueillis dans les auteurs, nous trouvons de violentes coliques, souvent des vomissemens et une diarrhée abondante, suivie bientôt de la suppression des évacuations alvines, ou bien d'un flux de matières fétides, putréfiées, avec douleurs dans l'abdomen, etc. Dans toutes les relations complètes, il est fait mention d'une tumeur circonscrite, à peu près immobile, douloureuse au toucher, située dans un des points de la cavité abdominale, ordinairement occupée par le paquet intestinal, dont plus tard l'expulsion aura lieu. Bientôt les accidens parviennent à leur summum d'intensité; la vie des malades est manifestement dans le plus grand danger. C'est alors que, dans presque tous les cas, les observateurs attentifs ont remarqué une hémorrhagie abondante par l'anus, quelquefois avec des matières fécales, des glaires. Dans quelques cas, le paquet intestinal a été expulsé spontanément et d'une manière inopinée, et le seul examen ultérieur d'une masse qui a paru extraordinaire, a répandu les lumières les plus inattendues sur la nature véritable de la maladie, et sur celle du corps solide rendu par les selles. Dans d'autres enfin, les observateurs eux-mêmes ont pu voir sortir graduellement, à travers l'ouverture anale, une tumeur, d'abord prise pour un renversement de la membrane muqueuse du rectum, ayant un volume variable, pyriforme ou cylindroïde, recouverte d'une membrane muqueuse d'un rouge-violet ou livide, offrant à son sommet, ou à sa partie inférieure, une ouverture ou orifice d'un canal moyen, par lequel s'échappent du sang altéré et des matières fécales liquides. Après la chute spontanée, ou facilitée par la main de l'observateur, une hémorrhagie plus ou moins abondante a presque toujours lieu; des glaires, des matières puriformes s'écoulent ensuite pendant quelque temps. Dès lors, la tumeur qu'on avait sentie dans l'abdomen se trouve dissipée; dans quelques cas même, on a observé, dans le lieu qu'elle occupait précédemment, une dépression facilement appréciable à la vue; et la moindre pression exercée en cet endroit y occasione de la douleur. C'est alors, comme nous l'avons dit, que les accidens acquièrent une nouvelle intensité, et que les malades ne tardent pas à succomber, ou bien qu'un mieux inattendu se prononce, et la convalescence a lieu plus promptement qu'on ne l'aurait osé espérer.

La tumeur cylindroïde ou pyriforme, ainsi qu'on le conçoit aisément, offre à l'extérieur une membrane muqueuse, d'une couleur violacée, livide, qui se continue dans le conduit ou canal intérieur, dont l'ouverture existe à la partie la plus déclive de cette masse: cette seconde portion de la membrane muqueuse est quelquefois encore enduit de matières fécales. Dans l'épaisseur, se trouvent juxtaposées deux surfaces péritonéales; quelquefois enflammées, elles sont généralement en simple contact, et l'adhérence par une lymphe plastique, ou des brides celluleuses déjà organisées, n'a lieu qu'à l'endroit du collet, ou plutôt au point où l'anse intestinale se trouvait étranglée.

On comprend aisément que, quelle que soit la cause du volvulus présumé, inflammation intestinale, contusion, pression violente de l'abdomen, etc.; on comprend, dis-je, aisément, en pensant aux ressources admirables que la nature développe quelquefois, dans des cas qui semblent d'abord désespérés, qu'il convient surtout d'éviter tout ce qui pourrait augmenter l'inflammation des viscères abdominaux, par conséquent, les vomitifs, les purgatifs drastiques; d'employer, au contraire, avec insistance, les émolliens, les adoucissans tant extérieurs qu'intérieurs, les émissions sanguines générales et locales, en un mot, tout ce qui est propre à calmer, ramener, ou maintenir dans de justes bornes, l'inflammation causée par l'étranglement des portions intestinales invaginées, et qui doit seule opérer la séparation de ces dernières et le recollement des parties restées saines. Aussi dirai-je avec M. Palais, qui avait administré une forte dose de calomel, à cause de la présence de quelques vers lombrics dans les matières vomies par son jeune malade, lorsque l'intensité des accidens inflammatoires n'était qu'imparfaitement calmée, qu'il est fort heureux pour celui-ci, qu'il ait refusé de continuer à prendre la mixture prescrite; et je ne crains pas d'avancer que la nature se fût suffi à elle-même, pour opérer l'expulsion de l'anse intestinale devenue corps étranger. Quel danger ne ferait-on pas courir aux malades, en précipitant, en activant même un peu le mouvement péristaltique des intestins, lorsque des adhérences récentes, et par conséquent encore peu solides, unissent encore faiblement les bouts affrontés de l'intestin.

HOPITAL DU MIDI (*Clinique de M. Ricord*).

OBSERVATION DE TUMEURS DU TESTICULE ET DE L'ABDOMEN.

Par M. MAROTTE, interne.

Tumeur du testicule, formée par une masse de kystes hydatiques et de tissus cancéreux, à différens degrés de dégénération. — Tumeur de même nature, occupant la moitié latérale gauche de l'abdomen, et sans relation de continuité avec celle des bourses. — Disparition subite et complète, en apparence, de la tumeur du ventre — Ablation du testicule. — Mort, dix jours après l'opération.

Dumay (Honoré-François), âgé de vingt-deux ans, berger, né à Assy-sur-Oise, entré le 14 février 1833. Mort le 4 mars.

Le malade qui fait le sujet de cette observation était d'une taille peu élevée, d'une maigreur assez grande. Il assurait n'avoir jamais eu de rapports avec les femmes, ce qu'on pouvait croire sans difficulté, après l'examen de celui de ses testicules qui restait sain, car cet organe présentait une petitesse extrême : son larynx avait cependant acquis un assez grand développement, comme je m'en suis assuré à l'autopsie. Onze mois avant son entrée à l'hôpital, il s'aperçut que son testicule gauche avait augmenté de poids, et reconnut une légère induration à sa base; cependant il n'y ressentait aucune douleur. La tumeur, loin de rester stationnaire, acquit, par un développement lent et gradué, un volume assez considérable, qui finit par gêner le malade et lui fit naître des inquiétudes. Il consulta, à cet effet, plusieurs médecins qui, après un examen sans doute superficiel, lui assurèrent que son état n'avait rien d'alarmant, et qu'il portait une simple hydrocèle; mais le malade, peu satisfait de cette réponse, consulta d'autres praticiens. Il s'adressa en dernier lieu à un médecin, qui ne se prononça pas sur la nature de sa maladie, mais en reconnut toute la gravité. Ce praticien conseilla à Dumay de venir à Paris, et l'adressa à M. Ricord. Il avait fondé son diagnostic non-seulement sur l'examen de la tumeur des bourses, mais encore sur l'existence d'une tumeur volumineuse, siégeant dans le côté gauche de l'abdomen. En effet, huit mois après s'être aperçu du développement de la tumeur des bourses, le malade ressentit de vives douleurs dans les reins, et, suivant lui, six jours après l'apparition de ces douleurs, une tumeur volumineuse se développa tout-à-coup dans le ventre, et acquit le volume qu'elle présente aujourd'hui. On conçoit que la version du malade est devenue inadmissible depuis l'examen de la pièce pathologique. Il est probable que les douleurs de reins auront éveillé l'attention de cet homme, et que la tumeur abdominale lui aura échappé pendant longtemps, avec d'autant plus de facilité qu'il nous a été difficile, pour ne pas dire impossible, de la limiter exactement par le toucher. Les muscles de l'abdomen étaient d'une susceptibilité si grande, que le moindre contact excitait leur contraction.

Au moment où le malade se présenta à notre observation, il avait l'extérieur que j'ai dépeint. Il mangeait peu; mais, antérieurement à cette époque, toutes les fonctions s'exécutaient avec régularité. Ces deux tumeurs ne l'avaient jamais fait souffrir; il se plaignait, en ce moment, d'une pesanteur dans les reins, et, depuis une quinzaine de jours, il avait ressenti, par intervalles, des picotemens assez vifs dans le testicule malade.

Celui-ci, tout en acquérant un développement excessif, avait conservé sa forme; il présentait alors quatre pouces au moins dans son diamètre vertical, et trois pouces dans sa plus grande largeur. Sa surface était assez unie; vers sa partie interne, dans un point correspondant à la cloison des dartos, existait un petit noyau, de la forme, de la consistance et du volume du testicule sain. Le poids de la tumeur, sans être considérable, répondait assez bien à son volume. Cependant elle donnait au toucher une sensation de résistance qui n'est pas celle de la fluctuation, mais qui appartient aux tumeurs enkystées, distendues par du liquide. M. Ricord chercha plusieurs fois à constater sa transparence, en se servant, pour intercepter la lumière, tantôt de la main, tantôt d'un tube, comme le recommande M. Ségalas, sans obtenir aucun résultat. Le cordon testiculaire était fortement tendu, et les parties qui le composent s'étaient épanouies en ombelle à la surface du testicule; du reste, il n'était ni dur, ni augmenté de volume.

La tumeur du ventre en occupait la moitié gauche; elle paraissait bornée en dedans par la ligne blanche, qu'elle ne dépassait qu'un peu dans sa partie inférieure. En dehors, elle s'enfonçait profondément dans le flanc; en haut, elle s'engageait sous les fausses-côtes, et se perdait en bas dans le bassin. Elle présentait de la matité dans toute son étendue, et la résistance observée dans la tumeur des bourses.

Quelle était la nature de ces deux tumeurs? c'est là ce qu'il était difficile de préciser. Les résultats de l'examen qui avait été fait tendait bien à prouver que la tumeur des bourses était solide, mais l'absence complète d'engorgement sur le trajet du cordon pouvait porter à croire qu'elle n'était pas cancéreuse. D'ailleurs, avait-elle son siége dans les bourses ou dans la tunique vaginale épaissie, dégénérée? Cette dernière opinion était appuyée par la découverte qui avait été faite d'une petite tumeur analogue au testicule sain? Enfin, l'espèce de résistance que donnait le toucher rendait-elle, jusqu'à un certain point, probable l'existence d'une maladie de la tunique vaginale, ou d'une désorganisation mixte du testicule et de son enveloppe séreuse?

On conçoit que, si le diagnostic d'une tumeur située à l'extérieur et d'une exploration facile, présentait tant de difficultés, il était impossible d'établir celui de la maladie du ventre. Si, d'un côté, il y avait de très grandes probabilités pour croire qu'elles étaient de la même nature, ce qui ne spécifiait rien, on ne pouvait, de l'autre, démontrer des relations de continuité entre elles; il était impossible de suivre à la trace la maladie du testicule, puisque le cordon était entièrement sain. Il y avait même une explication plausible de l'indépendance des deux tumeurs : le malade habitait un pays humide où les fièvres intermittentes sont très

fréquentes, et, comme les autres, il avait payé le tribut. Il n'était donc pas absurde de penser que la rate était le siége d'un engorgement symptomatique, ayant survécu à la maladie qui lui avait donné naissance.

Tout porté qu'il était à croire que les deux tumeurs, également solides, également rénitentes, eussent des liens de parenté et fussent de nature cancéreuse, M. Ricord attendit, avant de se prononcer, jusqu'au dix-huit février. A cette époque, ce médecin, je me garderai de dire persuadé, mais plutôt espérant que les deux tumeurs seraient indépendantes, que la tunique vaginale contenait un liquide, se décida à faire quelques explorations et à se servir, à cet effet, de la méthode indienne. Le 23 février, il examina de nouveau la tumeur, chercha le point le plus rénitent, qui se trouva être sa partie antérieure et moyenne, et y enfonça une aiguille à cataracte. Il fit exécuter à celle-ci des mouvemens étendus de circumduction, sans éprouver aucun obstacle; il sortit même quelques gouttes de sérosité limpide par la piqûre.

Il y avait là de quoi confondre tous les raisonnemens; cependant, après avoir réfléchi, M. Ricord s'arrêta à ces conclusions, savoir : que la tunique vaginale contenait de la sérosité limpide, puisqu'il s'en était échappé par la piqûre de l'aiguille; qu'elle était le siége d'une altération pathologique qui lui ôtait sa transparence; que son poids faisait raisonnablement supposer que le testicule lui-même était malade; qu'il était probable, mais cependant incertain, que les deux tumeurs eussent des relations d'origine; qu'enfin, il croyait que, dans tous les cas, une ponction avec le trois-quarts n'aurait aucun inconvénient, tandis qu'elle aurait l'avantage d'évacuer la sérosité et de permettre de constater l'état du testicule. Cependant il attendit encore cinq jours, pour chercher s'il n'existait pas quelque motif de changer de conduite.

Le 28 février, l'aiguille à cataracte fut enfoncée dans le même point, et donna la même sensation d'un corps solide parcourant librement un liquide en tous sens. L'aiguille retirée, M. Ricord saisit un petit trocart, fit une ponction et retira le poinçon; mais, au grand étonnement de tous les assistans, il ne s'écoula pas la plus petite goutte de sérosité. La première idée qui vint à ce praticien fut qu'il avait percé le testicule; il retira donc un peu sa canule, puis lui fit exécuter, comme à l'aiguille, des mouvemens, qui s'exécutèrent avec la même facilité. Le trois-quarts est entièrement retiré, et l'aiguille plongée à l'union du tiers inférieur et du tiers moyen de la tumeur; les mêmes mouvemens lui sont imprimées, mais ils ne sont libres que vers le haut; en bas la main éprouve une légère résistance et comme la sensation de brides qui se déchirent. Le trois-quarts est de nouveau porté en cet endroit sans plus de succès. Pendant toutes ces tentatives, le malade n'accuse pas de vives douleurs. Nouvelle modification dans le diagnostic. La tumeur contient des kystes séreux, dont les parois se rompent avec facilité, et il devient probable qu'il existe des kystes semblables dans le ventre.

Le sarcocèle n'avait cessé de faire des progrès depuis l'entrée du malade à l'hôpital; mais peut être ceux-ci furent-ils plus rapides depuis les différentes ponctions. Le 4 mars, un point de la tumeur, de la largeur d'une pièce de trente sols, s'était élevé au dessus du reste et semblait fluctuant. M. Ricord se décida à y pratiquer une ponction avec un bistouri à la lame étroite. Il enfonça l'instrument à la profondeur de quatre lignes, sans donner issue à aucun liquide, et la même sensation de fluctuation persista. Un stylet, substitué au bistouri, parcourut cette région en tout sens et avec facilité.

Pendant ce même temps, la tumeur du ventre n'était pas restée inactive; elle avait chaque jour augmenté de volume; le malade commençait même à se plaindre d'oppression, causée sans doute par le refoulement du diaphragme. Ces symptômes du côté de la poitrine rendirent encore plus sensible une remarque qui avait été faite dès l'entrée du malade, c'est que le membre inférieur du côté malade n'avait jamais offert d'infiltration. Il fallait donc que la tumeur ne comprimât pas les veines, et cela aurait eu lieu facilement dans le cas où elle aurait eu son siége dans les parois mêmes de l'abdomen. M. Ricord eut un instant cette idée; mais ne s'y arrêta pas.

Les deux tumeurs continuèrent donc à marcher de concert. Celle du ventre ne tarda pas à dépasser la ligne blanche, en même temps qu'elle s'accrut en hauteur. L'oppression augmenta; le malade perdit l'appétit; le ventre devint très douloureux à la pression, surtout vers l'hypochondre gauche; le pouls prit le caractère de celui de la péritonite, sans qu'il y eût de vomissemens; il se manifesta de la constipation. (Diète, lavemens émolliens; frictions avec le laudanum; cataplasmes.)

Le sarcocèle concourait à produire ces désordres généraux, car il avait presque doublé de volume. L'ouverture faite avec le bistouri s'était ulcérée et avait donné issue à un fongus cancéreux. La peau du voisinage était devenue érysipélateuse, d'un rouge violacé; enfin, une escarrhe, large comme une pièce de cinq francs, s'était détachée à l'extrémité inférieure de l'ovoïde; un liquide noir et fétide s'écoulait de ce point, d'où on retirait des lambeaux de tissu cellulaire sphacélé.

Les choses étaient dans cet état, et toute idée d'opération semblait à jamais éloignée, lorsque la tumeur du ventre, qui, loin de se ramollir, avait acquis plus de consistance, disparut entièrement, ou, pour mieux dire, on trouva le lendemain, à la visite, que les parois abdominales avaient repris le même niveau. Le ventre avait perdu toute dureté dans le lieu qu'occupait la tumeur; la percussion donnait un son clair; l'oppression avait cessé comme par enchantement, la pression n'était plus douloureuse, la fièvre avait diminué; en un mot, le malade se trouvait parfaitement bien, et avait repris de la gaîté, persuadé qu'il était débarrassé d'une partie de son mal.

Deux explications pouvaient rendre compte de cette disparution subite : dans la première, il fallait admettre que la tumeur du ventre était formée par un kyste renfermant, soit des hydatides, soit un liquide séreux; qu'il avait subi une grande distension, laquelle expliquait les signes observés du côté du ventre, et qui s'était enfin rompue. La rupture avait cessé la distension et ses accidens, et la tumeur avait disparu par la répartition égale du liquide dans le péritoine. On voit que, dans ce cas, une péritonite consécutive était à redouter.

Dans la seconde explication, qui est la plus probable, le kyste aurait contracté des adhérences avec les intestins, dans lesquels il se serait ouvert. Pour voir jusqu'à quel point celle-ci était fondée, on s'informa si le malade avait été à la selle, on apprit qu'il avait eu deux garde-robes assez abondantes la veille, trois à quatre heures après la disparution de la tumeur, et une le matin même. Les choses étaient dans un état aussi satisfaisant le lendemain matin 25. Le malade avait eu de nouveau une selle bilieuse. Était-il débarrassé pour jamais de sa tumeur du ventre, et n'y avait-il aucun accident à redouter de ce côté? devait-il nécessairement être tué par les progrès de la maladie du testicule? Telles furent les questions que M. Ricord s'adressa, et auxquelles était liée la solution d'une troisième question également importante : l'ablation du testicule apporterait-elle au malade quelque chance de salut?

S'il était impossible de répondre d'une manière affirmative ou négative à la première de ces questions, on pouvait affirmer que le sarcocèle tuerait le malade. L'opération avait donc quelque chance en sa faveur ; cependant, il était impossible de se faire illusion au point de compter sur la guérison. En effet, l'écoulement fétide qui avait lieu par la plaie, la diète à laquelle on avait été forcé de soumettre le malade, l'avaient affaibli, et sa maigreur, déjà considérable à son entrée à l'hopital, en était venue au point de ne plus pouvoir augmenter : *Melius remedium anceps quàm nullum.* M. Ricord se décida donc à opérer le lendemain 25 mars 1833.

Le malade fut convenablement placé sur un lit étroit et élevé, dont le plan était résistant, le bassin légèrement soulevé par un oreiller roulé en cylindre, et les cuisses écartées et légèrement fléchies. Un pli perpendiculaire à la direction du cordon fut fait à la peau, à peu près au niveau de l'arcade crurale, afin que l'incision mît le cordon à découvert dans toute son étendue, et qu'on pût au besoin le suivre jusque dans le canal inguinal. Les différentes couches qui le recouvrent ayant été coupées, M. Ricord parvint à l'isoler et à passer le doigt dessous, pour qu'un aide pût le saisir entre les doigts indicateur et médius et le pouce, et le tenir ainsi fixé, sans craindre qu'il lui échappât. L'incision fut prolongée en dedans du côté du raphé, jusqu'à la base de la tumeur et au-delà des points malades. Une seconde incision, partie de la première, servit à circonscrire toute la peau malade, et fut dirigée en remontant jusqu'au point de départ. On ménagea dans ce premier temps la cloison du dartos, et par conséquent le testicule sain.

La prudence força donc de renoncer au procédé qui consiste à couper le cordon le premier, procédé qui a l'avantage de permettre une dissection plus facile de tumeur, et d'épargner aux malades des douleurs inutiles, en coupant de prime abord les nerfs qui accompagnent le cordon, et que l'on court le risque de couper plusieurs fois en disséquant de bas en haut. Il fut provisoirement appliqué une ligature en masse, médiocrement serrée.

Avant de pousser plus loin sa dissection, M. Ricord s'arrêta un peu à l'examen des tissus qu'il avait divisés dans le premier temps de son incision semi-elliptique, et qui lui paraissaient lardacés ; mais il reconnut bientôt qu'ils étaient seulement infiltrés d'une sérosité gélatineuse, et que la pression les dégorgeait facilement. La dissection fut faite avec précaution, et le testicule entièrement isolé des parties environnantes. Le cordon cessant d'être distendu, il fut facile de voir qu'il était parfaitement sain. M. Ricord en fit la section couche par couche, et lia les artères à mesure qu'elles furent divisées. Pour s'assurer que tous les vaisseaux avaient été divisés, on s'opposa pendant quelque temps à la rétraction de la ligature en masse, qui fut enfin retirée elle-même.

L'opération terminée, il restait une plaie assez étendue, dont on rapprocha les bords à l'aide de quelques bandelettes agglutinatives. Le tout fut recouvert d'un linge troué, enduit de cérat et de charpie molette, maintenue avec des compresses et un bandage en T. (Diète. Cataplasmes sur le ventre. Eau de gomme pour boisson.)

Le lendemain 26 mars, le malade a bien dormi ; il n'a pas éprouvé de frissons ; il n'a eu ni vomissement, ni diarrhée ; sa langue est assez bonne ; son pouls est moins agité que la veille, et il ne ressent plus les douleurs qu'il accusait sur le trajet du cordon. Le 27, son état est très satisfaisant ; le sommeil a été tranquille ; l'état fébrile a cessé ; l'appétit est revenu ; il a eu une selle un peu liquide de matières rougeâtres, d'une odeur infecte, mais sans efforts de coliques, sans cuissons à l'anus : l'excrétion des urines n'éprouve aucune difficulté. (Diète. Eau de gom.) Le 28, même état ; une suppuration de bonne nature parait vouloir s'établir. L'appétit est bon. (Un vermicelle au lait, pris par cuillerée.)

Le 29, nous apprenons qu'après avoir mangé, le malade a eu un accès de fièvre, et a fait une garde-robe assez liquide, de la même nature que celle de la veille. (Diète. Cataplasme sur le ventre.)

Le 30, la fièvre et devenue continue; le ventre est sensible dans l'endroit qu'occupait la tumeur, et la percussion fait reconnaitre une tympanite commençante. La plaie est devenue blafarde, et donne en certains points une sensation de crépitation. (Pansement avec le chlorure de soude.)

Les jours suivans cet état a continué, et le malade, trop faible pour réagir avec énergie, s'est éteint doucement, sans délire et sans fièvre.

Anatomie Pathologique des deux tumeurs.

Au moment où nous examinâmes le testicule malade, il avait perdu un tiers de son volume, ce qui est dû à une circonstance dont je n'ai pas parlé en décrivant l'opération ; en effet, pendant la dissection de la tumeur, la pointe du bistouri porta en arrière et en haut, sur un point distendu de la tumeur, et y fit une légère ponction, qui donna issue à une grande quantité de sérosité limpide ; d'ailleurs les tissus infiltrés avaient eu le temps de se dégorger. On fendit la tumeur dans son diamètre vertical, et cette incision porta d'abord sur la partie supérieure et antérieure, qu'elle divisa jusqu'en arrière, et laissa échapper de la sérosité transparente contenue dans des kystes séreux, arrondis, de volume variable, les uns gros comme un pois, d'autres comme une noisette ; un d'eux, celui qui avait été ouvert pendant

l'opération, aurait pu contenir un œuf de poule. On pouvait les isoler d'une espèce de coque celluleuse qui les enveloppait de toutes parts; et qui se déchirait avec facilité. Le reste de la tumeur était formée par du tissu cancéreux à différens degrés de dégénération, mais cependant passé presque partout à l'état de matière encéphaloïde. En arrière, existe une tumeur de la grosseur d'une noix, dans laquelle venait se perdre le canal déférent, et qui contenait cette matière encéphaloïde parsemée d'épanchemens sanguins. La tunique vaginale fut retrouvée intacte. Sa cavité n'était pas augmentée et ne contenait pas de sérosité. Les autres enveloppes du testicule étaient distinctes et se laissaient séparer sans peine.

Passons à l'examen de l'abdomen. Les parois de cette cavité ayant été enlevées, on reconnut une tumeur s'avançant vers la ligne médiane, jusqu'à la colonne vétébrale et recouvrant même l'aorte, mais n'allant pas jusqu'à la veine cave inférieure. En bas, elle descendait jusqu'à la circonférence du bassin, sans s'avancer jusqu'aux vaisseaux iliaques. En dehors, elle s'enfonçait profondément dans le flanc, où elle recouvrait le colon descendant et le rein. Elle s'arrêtait en haut, au rebord cartilagineux des côtés. L'expression de tumeur, dont je me suis servi est peu propre à faire comprendre quel était son aspect : on aurait plutôt dit une poche ovoïde, à parois membraneuses, à moitié remplie d'un liquide qui tremblottait à la percussion, et donnait le sentiment d'une fluctuation obscure. Sa forme ovoïde explique comment, au moment où elle était distendue par un liquide ou toute autre matière, elle pouvait avoir un volume considérable, pendant que sa base se renfermait dans les limites que nous avons tracées, limites en dehors desquelles se trouvaient les vaisseaux veineux. Ceux-ci n'étant pas comprimés, on comprend comment il n'y a pas eu infiltration des membres inférieurs.

Sur le côté antérieur et interne de la tumeur était couchée la troisième partie du duodénum, qui s'élargissait vers son milieu, pour se rétrécir de nouveau en se continuant avec le reste de l'intestin grêle. Cet intestin fut ouvert dans toute sa longueur.

On s'occupa alors d'isoler la masse entière. Cette dissection présenta quelques difficultés; car il existait des adhérences avec le psoas que l'on divisa en partie, et avec la colonne vertébrale et l'aorte: ces deux dernières étaient saines. Pendant ce travail, un des points de la tumeur se déchira, et il s'échappa de l'ouverture une assez grande quantité de matières jaunâtres, semi-liquides et ayant l'odeur des matières fécales.

L'intestin fut alors ouvert dans toute son étendue, et l'on trouva une libre communication établie entre sa cavité et la tumeur dans le point où il était élargi. L'ouverture était arrondie, et avait au moins deux pouces de diamètre. Sa circonférence était noire et ressemblait assez aux bords des ulcérations qui constituent la fièvre typhoïde. Elle laissait voir une espèce de masse d'énorme dimension, colorée en jaune par la bile. On fendit cette ouverture dans un de ses points, et on incisa la tumeur dans toute sa partie antérieure. Il sortit de nouveau un liquide grisâtre assez abondant, qui semblait formé d'un mélange de pus et de chyme. Le fond de la tumeur était constitué par un tissu noirâtre et comme gangreneux. Les parois de la poche paraissaient tissées de tissu cellulaire condensé.

Réflexions.

L'expérience a prouvé que le cancer atteignait de préférence les individus arrivés à la maturité, ayant atteint, comme on le dit, l'âge critique, et que parmi les organes qui pouvaient en être le siége, il semblait envahir de prédilection ceux dont la vie fonctionnelle commençait à cesser, ceux qui d'abord engourdis dans l'enfance avaient tout-à-coup acquis une grande énergie pour la perdre avant les autres, tels que le testicule, la mamelle, l'utérus. La nature semble ici avoir dérogé aux lois de l'anatomie pathologique, puisque le cancer s'est développé chez un individu jeune, et dans un organe peu développé et qui fonctionnait à peine.

Nous pouvons aussi répondre par ce fait à ceux qui exaltent si haut la certitude en chirurgie, combien de fois M. Ricord n'a-t-il pas été forcé de modifier son diagnostic? Toujours cependant il avait des raisons suffisantes pour le faire. Il faut donc autre chose que du savoir pour faire un bon chirurgien, comme pour faire un bon médecin. Ce fait prouve encore que des tumeurs peuvent être de la même nature, sans avoir de connexions apparentes, et que leur existence simultanée, surtout du même côté du corps, est une présomption qu'on ne doit pas négliger.

Pour établir son diagnostic, M. Ricord a mis en usage un moyen d'exploration, connu sous le nom de méthode indienne, et sur lequel M. Kéraudren a fait un travail. On voit qu'ici il n'a pas répondu à tout ce qu'on lui demandait, puisqu'il n'a pu nous apprendre que la tumeur à laquelle nous avions affaire n'était pas liquide : il nous a encore été infidèle dans un cas d'hydrocèle. L'aiguille a parcouru la tumeur avec la plus grande facilité, ainsi que je m'en suis assuré moi-même, et le trois-quarts n'a pas donné issue à une goutte de liquide. L'expérience a été renouvelée deux fois avec l'aiguille et le trocart, et deux fois le résultat a été le même. Cependant il y avait du liquide, puisqu'en retirant le trocart, il s'est écoulé une assez grande quantité de sérosité; mais cette sérosité était sans doute retenue, soit dans le tissu cellulaire, soit dans des mailles tissées de fausses membranes, et l'aiguille ne nous a pas averti de ces obstacles. Chez notre premier malade, la mollesse de la matière encéphaloïde et le peu de résistance des kystes a éludé ce moyen d'investigation. Cependant, dans un nouveau cas de sarcocèle, opéré par M. Ricord, et dont mon collègue, M. Vernois, a rapporté l'histoire dans la *Lancette française*, l'immobilité de l'aiguille a constaté la solidité de la tumeur. D'où l'on peut conclure que toutes les fois que l'aiguille ne pourra se mouvoir librement, la tumeur sera solide; mais on ne pourra conclure de même qu'elle renferme un liquide, s'il y a mobilité. Ce moyen n'est donc pas à négliger; mais il est bon de savoir ce que l'on doit en attendre.

—

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LES FIÈVRES INTERMITTENTES DES MARAIS;

Par L.-Ch. ROCHE, D. M. P.,

Membre de l'Académie royale de Médecine.

Tous les médecins s'accordent aujourd'hui à regarder les *fièvres intermittentes des marais* comme de véritables empoisonnemens miasmatiques, et cependant on discute encore sur leur nature. Pour les uns c'est une névrose, pour d'autres c'est une gastro-entérite intermittente dans tous les cas où cette maladie est simple, et l'inflammation intermittente des divers organes lorsqu'elle est compliquée ou pernicieuse, et nous avons jusqu'à ce jour défendu cette dernière opinion. Mais il nous paraît évident aujourd'hui que leur nature réside dans le miasme qui les produit, que leur siége est dans le sang, et que les symptômes nerveux et inflammatoires par lesquels elles se manifestent ne sont que les effets du contact du miasme sur les centres nerveux et les principaux organes, et en particulier sur les voies digestives, parties qui, dans tous les empoisonnemens, ressentent presque constamment les premières l'impression des divers poisons par quelque voie qu'on les introduise. Essayons de démontrer ces propositions.

Leur nature, disons-nous, réside dans le miasme qui les produit. Bien que ce miasme ne soit pas accessible à nos moyens d'analyse, personne ne doute de son existence, que tous les faits d'ailleurs viennent démontrer. Ainsi, partout où il y a des marais, on voit se développer des fièvres intermittentes; on les voit se développer aussi dans les lieux qui, placés à une certaine distance de ces vastes foyers d'infection, se trouvent dans la direction des vents qui en entraînent les émanations; elles naissent et règnent sur un beaucoup plus grand nombre d'individus à la fin de l'été, c'est-à-dire à l'époque où finissent les plus grandes chaleurs, lorsque des portions plus ou moins étendues de marécages ont été presque mises à sec, lorsque la chaleur du jour, jointe à l'humidité locale, active la décomposition des végétaux morts et des cadavres des myriades d'insectes de tout genre qui vivent, se reproduisent et meurent dans l'eau fangeuse des marais; lorsque le froid du soir et des nuits contrastant davantage avec la chaleur du jour, condense les vapeurs d'eau qui tiennent les miasmes en dissolution et que les rayons solaires avaient dilatées et soulevées dans l'atmosphère; elles apparaissent dès le printemps, lorsque des chaleurs précoces font naître prématurément toutes les conditions physiques et chimiques que nous venons de signaler; elles n'atteignent pas les lieux élevés de quelques centaines de pieds et dont la base cependant repose sur les sols marécageux; elles se montrent plus violentes et plus intenses dans les années chaudes que dans les étés humides et à température variable, enfin elles disparaissent en hiver, lorsque la température se trouve au-dessous des douze degrés nécessaires, indispensables pour que la fermentation putride puisse s'opérer. Or, tous ces faits ne peuvent s'expliquer que dans l'hypothèse de l'existence d'un miasme marécageux, et ils en démontrent la réalité. c'est donc ce miasme qui constitue la nature des fièvres intermittentes, comme c'est l'arsenic, le mercure, le plomb, l'aconit, la strychine, les cantharides, etc., qui constituent la nature des empoisonnemens que produisent ces substances. Les fièvres intermittentes des marais sont donc des empoisonnemens miasmatiques, comme ceux-ci des empoisonnemens minéraux, végétaux, et animaux

Mais, dira-t-on, les fièvres intermittentes sporadiques ne diffèrent de celles de marais, ni dans leurs symptômes, ni dans leur marche, ni dans leurs caractères anatomiques, et elles cèdent aux mêmes moyens de traitement; elles sont donc de la même nature; et cependant on ne peut pas dire qu'elles soient le produit d'un miasme. Cet agent ne joue donc qu'un rôle secondaire dans les phénomènes des fièvres de marais, puisque des maladies tout-à-fait semblables peuvent naître hors de son influence. La réponse à cette objection nous paraît facile. D'abord, de deux choses l'une : ou bien il faut nier tout-à-fait l'intervention des miasmes dans la production des fièvres marécageuses, ou bien il faut l'admettre pour les fièvres sporadiques; car des effets identiques ne peuvent pas reconnaître des causes différentes. Or l'infection miasmatique est tellement évidente dans les premières, que personne ne songe à la contester; la sévère et inflexible logique veut donc déjà que nous l'admettions par hypothèse dans les secondes. Mais il est possible d'en trouver la démonstration directe dans l'observation attentive des faits. A Paris, par exemple, dans quelles localités et sur quels hommes voit-on se développer les fièvres intermittentes? Sur les bords du canal et de la Seine, dans les rues étroites, humides et malpropres, et sur des individus respirant continuellement l'air de cours infectes, rendez-vous des plombs qui conduisent les eaux ménagères, les urines et quelquefois des matières fécales, et souvent réceptacles dégoûtans d'immondices de toute espèce. Ne sont-ce pas là autant de petits foyers d'infection, moins actifs sans doute que ceux des marais, mais aussi produisant des fièvres beaucoup moins graves et moins rebelles, et ne les provoquant même que lorsque des circonstances passagères d'accumulation de matières ou de température viennent temporairement leur donner un surcroît d'activité, mais dont les émanations, obéissant aux mêmes lois physiques qui président au dégagement de celles des marécages, sont respirées et absorbées comme elles, infectent le sang de la même manière, et doivent par conséquent donner naissance aux mêmes maladies? Des foyers semblables existent nécessairement dans tous les lieux où se montrent des fièvres intermittentes sporadiques; et si l'on ne peut pas toujours les y découvrir, c'est parce qu'ils sont souvent accidentels, passagers, et très restreints, parce que la fermentation a bientôt détruit en général la petite quantité de matières putrescibles qui leur sert d'aliment, et qu'ils ont cessé d'exister, au moment où on les cherche, pour se reproduire plus tard peut-être sous l'influence des mêmes circonstances qui leur ont une ou plusieurs fois déjà donné naissance.

Le siége des fièvres intermittentes ou celui de leur cause première est dans le sang, avons-nous dit ensuite. La vérité de cette proposition ressort naturellement de tout ce qui précède. Cette cause première est miasmatique; elle pénètre

dans l'économie par voie d'absorption cutanée et surtout pulmonaire; donc le sang en devient le véhicule.

Enfin, nous avons ajouté que les symptômes nerveux et inflammatoires par lesquels les fièvres intermittentes se manifestent, résultent de l'impression du miasme sur les centres nerveux, les principaux organes, et en particulier sur les voies digestives. A quels organes, en effet, si ce n'est au cerveau ou à la moelle épinière, peut-on rattacher les bâillemens, les pandiculations, la céphalalgie, le claquement des dents et le frisson, qui précèdent ou annoncent l'invasion des accès? A quels organes, si ce n'est aux voies digestives, rapporter les nausées, les vomissemens, la soif intense, la rougeur de la langue, la sensibilité épigastrique, etc., qui signalent la période de chaleur dans un grand nombre de cas? Et lorsque la fièvre prend le caractère pernicieux, et que la céphalalgie, le délire, l'assoupissement, la coloration vive de la face, le battement des artères temporales, la contracture des fléchisseurs de l'avant-bras ou la semi-paralysie de tout le système musculaire, dominent ou occupent seuls la scène, n'est-ce pas encore l'encéphale qui est le point de départ des symptômes? Enfin, quand une grande anxiété précordiale, des mouvemens tumultueux du cœur, des menaces de suffocation au moindre mouvement, un pouls petit, irrégulier, intermittent, forment les symptômes principaux de la maladie; d'où part le désordre, si ce n'est du cœur? Et cependant ces appareils symptomatiques divers naissent au sein des mêmes circonstances et sous l'influence d'une cause unique, savoir un miasme provenant de la fermentation putride des matières animales et végétales. Comment cela peut-il s'expliquer, si ce n'est en disant que le miasme mis en contact avec tous les tissus par le sang qui le charrie, exerce une impression plus forte sur tel ou tel organe, suivant les idiosyncrasies, et surtout parce que d'autres causes qui ont agi avant lui ou en même temps que lui ont déjà prédisposé cet organe à s'irriter? Or, l'expérience prouve qu'en effet c'est ainsi que les choses se passent. Ouvrez tous les recueils d'observations, ou bien observez attentivement vous-même, et vous verrez que c'est presque toujours sur des individus en proie au chagrin, ou dominés par toute autre passion triste, ou qui viennent de se livrer à un travail excessif de cabinet, ou sujets depuis longtemps à des céphalalgies violentes, que se déclarent les fièvres intermittentes pernicieuses à symptômes cérébraux; vous verrez que presque toujours aussi les fièvres intermittentes à symptômes cardiaques attaquent des hommes déjà porteurs d'une hypertrophie du cœur, ou sujets aux palpitations, aux douleurs de cet organe, ou s'abandonnant fréquemment à ces emportemens de colère qui portent le trouble et la confusion dans ses battemens. Que si, enfin, les fièvres intermittentes avec symptômes gastriques se montrent les plus communes de toutes, c'est d'abord par la même raison qui fait que les gastro-entérites continues sont les plus fréquentes des inflammations de ce type, c'est-à-dire par la raison que l'estomac est l'organe dont on abuse le plus dans toutes les classes de la société; c'est ensuite, parce que, en vertu d'une loi physiologique que nous ne connaissons pas bien, peut-être parce que la membrane muqueuse gastro-intestinale sert d'émonctoire ou de voie d'élimination aux matières superflues ou nuisibles, la plupart des substances absorbées, et par conséquent les miasmes, viennent, comme on peut s'en convaincre en étudiant l'action de tous les poisons, exercer une action sur cette membrane.

Ainsi donc, les fièvres intermittentes des marais ne sont primitivement ni des inflammations ni des névroses; ce sont des empoisonnemens miasmatiques d'abord, et secondairement des irritations nerveuses ou inflammatoires de divers organes, plus fréquemment celles-ci que les premières. Chaque accès, avec ses périodes de pandiculations, de bâillemens et d'horripilation, puis de frisson, de chaleur et de sueurs, nous représente en petit les quatre phases de l'intoxication, malaise signalant l'imminence morbide, mise en contact du poison avec les principaux organes, réaction de l'économie contre cet agent, enfin effort éliminatoire. Chaque accès, cependant, ne suppose pas une intoxication nouvelle, car on les voit se répéter alors même que le malade a quitté le foyer d'infection; mais il est probable que l'élimination du miasme n'est complète qu'après un certain nombre d'accès, proportionné peut-être au degré de saturation miasmatique des malades. Chaque accès enfin est donc lié à celui qui précède et à celui qui suit par la présence même au sein de l'économie de ce miasme qui ne s'élimine que par fractions, et l'on doit considérer les intervalles de calme qui les séparent, comme une suite d'incubations du poison miasmatique, incubations analogues à celles des virus de la vaccine, de la variole et de la rage, et tout aussi mystérieuses. Dans cette série d'incubations correspondant à une série d'efforts éliminateurs, qui se reproduisent *nécessairement* tant que l'agent morbide n'est pas complètement expulsé, gît peut-être le secret de l'intermittence. Toutefois nous croyons que, comme nous avons essayé de le démontrer ailleurs, l'intermittence d'action des causes et la puissance de l'habitude jouent le principal rôle dans la reproduction périodique des accès dans les maladies qui nous occupent.

Il y a loin de cette manière d'envisager les fièvres intermittentes aux idées qui circulent aujourd'hui dans le monde médical sur ces affections, et cependant nous croyons que c'est là leur véritable théorie. D'accord avec tous les faits d'observation et d'expérience, elle vient en outre arracher leur thérapeutique au domaine de l'empirisme, et cela nous fortifie dans notre croyance en sa vérité.

En effet, ce ne sera plus pour satisfaire aux vagues indications de la médecine symptomatique, que nous prescrirons de stimuler et de réchauffer les malades pendant le frisson, de les rafraîchir pendant la période de chaleur, et de favoriser la sueur qui termine les accès; de saigner parce que le pouls est plein et dur, de faire vomir parce que la langue est sale, de purger parce que *nous supposons* que la bile ne coule pas ou que des matières fécales sont accumulées dans les intestins, et de donner le quinquina parce qu'il est anti-périodique, ce qui veut dire, parce qu'il guérit. Connaissant la présence d'un poison miasmatique dans le sang de nos malades, et nous rendant un compte parfait de tous les phénomènes morbides par sa marche à travers les organes, nous dirons qu'il faut stimuler ou réchauffer pendant la période du frisson, parce que c'est dans cette période que le contact du miasme sur les centres nerveux devient quelquefois mortel, et qu'il importe, par conséquent, de contrebalancer son action délétère par quelques stimulans gastriques

et cutanés et de favoriser et hâter le moment de la réaction; et nous comprendrons en même temps pourquoi les rubéfiants de la peau sont utiles, et pourquoi la saignée tue parfois dans cette phase des fièvres intermittentes. Nous dirons qu'il faut rafraîchir pendant la période de chaleur, afin d'empêcher la réaction de devenir trop forte et la membrane gastro-intestinale de s'enflammer trop vivement; et nous comprendrons aussi pourquoi les stimulans nuisent en général dans cette période. Nous dirons qu'il faut favoriser la sueur qui termine les accès, parce qu'elle est un effort d'élimination qui doit débarrasser l'économie d'une portion de l'agent morbide. Nous dirons que la saignée guérit dans quelques cas, non parce qu'elle fait cesser la plénitude et la dureté du pouls, mais bien parce qu'elle ouvre une issue au miasme auquel le sang sert de véhicule, et nous nous expliquerons comment elle est presque toujours inutile cependant dans les fièvres marécageuses sur les malades qui séjournent au milieu du foyer d'infection, en remarquant que ces individus sont soumis chaque jour à une intoxication nouvelle, qui reproduit incessamment l'altération du sang qu'elle aurait pour but de détruire. Nous nous expliquerons aussi comment elle deviendrait nuisible, même en les affaiblissant et en diminuant leur puissance de réaction contre de nouveaux assauts du miasme, ce qui conduit à en restreindre l'emploi aux seuls cas de congestion ou d'inflammation violente; comment au contraire elle devient efficace, si le malade sort du foyer d'infection; pourquoi enfin on en retire en général de meilleurs effets dans les fièvres intermittentes sporadiques. Nous dirons que les vomitifs et les purgatifs agissent comme la saignée, en favorisant l'élimination du miasme; qu'ils doivent avoir par conséquent des avantages aussi bornés que les siens, et qu'ils ont de plus l'inconvénient d'irriter les voies digestives, déjà disposées à s'enflammer *pendant les accès*. Nous dirons enfin, qu'il faut avoir recours au quinquina, parce qu'il possède la propriété de neutraliser les miasmes, ainsi que le prouvent son action topique sur les plaies putrides et ses bons effets à l'intérieur dans les résorptions purulentes; et cela nous expliquera sa supériorité incontestable sur tous les moyens précédens, de même que dans les empoisonnemens l'antidote l'emporte sur tous les autres agens thérapeutiques. Il serait curieux, d'après cette donnée, d'expérimenter comparativement avec lui quelques autres neutralisans, et en particulier le charbon en poudre et les chlorures.

HOPITAL MILITAIRE DE LA RUE BLANCHE.

(*Division des Blessés.*)

INFLAMMATION PHLEGMONEUSE DE LA MAIN OU DU PIED;

Ses Dangers; Moyen d'y obvier.

Par M. le docteur BARTHÉLEMY (de Saumur).

Le phlegmon de la main ou du pied dans toute leur épaisseur est un accident, par malheur, aussi fréquent que grave. Sa fréquence ne doit point surprendre, quand on songe aux fonctions que remplissent ces deux organes, aux instrumens et aux corps innombrables que la main touche et qui peuvent la blesser, et à ceux non moins multipliés que la nature et la civilisation ont jeté sur la surface du globe, et que le pied ne peut fouler sans éprouver quelque lésion.

La gravité de cette inflammation trouve son explication dans la structure serrée de la main et du pied, dans les vaisseaux et les nerfs dont ces parties sont parsemées, et surtout dans la présence des tissus aponévrotiques, dont elles sont si abondamment pourvues. Mais ce sont surtout les aponévroses palmaire et plantaire qui font naître les accidens que l'on remarque. Tendues comme la corde d'un arc, elles s'appliquent avec force sur les tissus, qu'elles sont appelées à maintenir et à protéger, et deviennent ainsi la cause de leur étranglement lorsque l'inflammation s'en empare. Les choses arrivées à ce point, l'on sait avec quelle rapidité l'inflammation se propage à l'avant-bras ou à la jambe, et avec quelle rapidité aussi du pus se forme dans ces diverses parties, ce qui rend souvent l'ablation des membres indispensable.

Pour éviter une extrémité aussi fâcheuse, il existe des principes chirurgicaux que je vais rappeler, en apportant toutefois quelques nouveaux faits à l'appui.

Ce n'est que lorsqu'il est tout-à-fait impossible de s'en dispenser, que l'on doit pratiquer sur les doigts ou sur les orteils mal conformés les amputations dites de complaisance. Elles peuvent, en effet, se compliquer du phlegmon de la main ou du pied, et de toutes les suites fâcheuses que bien souvent il entraîne.

Il n'est point de praticien qui n'ait quelque fait à citer à l'appui de cette assertion. En voici deux bien déplorables (1).

Il y a quelques mois, un soldat de garde au château de Neuilli, dans l'intention de se faire accorder une pension, s'enlève d'un coup de pistolet le bout du petit doigt de la main droite. Il est conduit au Gros-Caillou, M. Poirson, le chirurgien en chef, lui enlève la seconde phalange du petit doigt, dont l'extrémité était endommagée. Cet homme supporte fort bien l'opération; il est pansé avec soin, quand on reçoit l'ordre de l'évacuer sur le Val-de-Grâce, pour l'instruction de son affaire. L'inflammation se développe dans la partie opérée, elle gagne la main, l'avant-bras, puis le bras, M. Devergie ampute... Le surlendemain, cet homme avait cessé d'exister.

Un élève en droit vient à la consultation de l'Hôtel-Dieu, prier M. Dupuytren de lui enlever deux orteils, qui lui rendent la marche extrêmement pénible. M. Dupuytren l'engage à les garder. Au bout de quelques jours, il revient faire la même demande; même refus de M. le chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu.

Il se présente une troisième fois, et supplie, pour ainsi dire, M. Dupuytren de le débarrasser de son infirmité. M. Dupuytren y consent: les deux opérations sont faites avec

---

(1) Je ne cite ce fait que pour faire voir les suites possibles de ces amputation. Quant à l'opération qui a été pratiquée, elle était indispensable.

soin..... Au bout de cinq à six jours, le jeune homme avait succombé à un érysipèle phlegmoneux des pieds et des jambes.

Voici, pour mon compte, ce qui vient de m'arriver :

Un soldat, nommé Ferry, admis dans mon service, me présente le second orteil de son pied droit, dont la deuxième phalange fortement fléchie sur la première, détermine une saillie très prononcée, sur laquelle se trouve implanté un corps à base large, profonde, et surtout fort enflammée. Il me dit que la marche lui est devenue impossible, vu qu'au moindre pas qu'il veut faire, la saillie de son orteil va heurter contre la chaussure; il ajoute d'un air fort décidé qu'il est venu à l'hôpital avec l'intention de se faire couper ce bout d'orteil.

J'examine avec attention, et croyant que l'amputation est le vrai moyen de guérison, je la pratique au même instant. Mes précautions sont bien prises. Je surveille cet homme ; je le tiens à un régime sévère. Dix jours se passent sans le moindre accident, la plaie touche à sa complète cicatrisation quand Ferry descend à la cour, se promène, et fait ainsi saigner sa petite plaie. Il me cache cette faute le premier jour, et ce n'est que le lendemain qu'il me montre son reste d'orteil, dont la base commençait à se gonfler. Je fais vite appliquer une douzaine de sangsues : leur effet est insuffisant ; le trait était lancé ; dans la journée et la nuit la phlegmasie marche. Ferry souffre à jeter les hauts cris, et le lendemain, à ma visite, je trouve son pied énormément gonflé ; la peau en est rouge, tendue et luisante. Le bas de la jambe même commence à se prendre ; une douleur violente se fait sentir dans l'épaisseur du mollet. Il était urgent, comme on le voit, d'agir avec rigueur. J'applique donc, d'une malléole à l'autre, en passant sur le coude-pied, un cordon de cinquante sangsues, que j'ordonne de laisser saigner. Le pied du malade est placé mollement sur le haut d'un plan incliné, que forment des coussins de balle d'avoine. Un infirmier est chargé d'arroser pendant toute la journée et toute la nuit, des compresses trempées dans de l'eau de guimauve froide, et dont la jambe et le pied sont entourés... Le malade est mis à une diète absolue. Le lendemain, les progrès du mal sont enrayés ; Ferry a pu reposer quelques heures pendant la nuit. On continue quelques jours l'emploi des mêmes moyens, qui finissent par dissiper un accident qui avait presque conduit Ferry à la nécessité d'une amputation. Et la preuve que je n'exagère aucunement le danger que ce soldat avait couru, c'est qu'au bout d'une douzaine de jours, il accusa une douleur dans la jambe, que je reconnus dépendre d'une collection de pus considérable ; je lui donnai issue par une longue incision, et peu à peu le recollement s'opéra. Il fallut environ six semaines pour obtenir une complète guérison.

J'avoue que ce fait m'a fait bien réfléchir, et malgré que les accidens graves qui sont survenus n'aient été dus qu'à une imprudence du malade, ils m'ont fait prendre la détermination de ne pratiquer de semblables opérations que quand elles seront indispensables.

Lorsque l'on a pratiqué une amputation de doigt ou d'orteil, il faut surveiller attentivement l'inflammation qui se développe, et l'empêcher, par tous les moyens possibles, de se propager aux tissus de la main ou du pied que recouvrent les aponévroses palmaire ou plantaire. C'est là en effet qu'est le grand danger.

Un régime sévère, des boissons délayantes, la position élevée de l'extrémité du membre, des compresses fraiches, des sangsues appliquées à point, et quelquefois des débridemens faits à propos, tels sont les moyens non-seulement de prévenir cette inflammation, mais aussi d'empêcher qu'elle ne se complique d'accidens redoutables.

A propos des débridemens, je crois pouvoir poser en principe général, qu'ils doivent dépasser en tout sens les limites de l'inflammation ; autrement ils tournent au profit de cette inflammation elle-même.

En voici un *exemple*. Un soldat du 3e de ligne, atteint d'une affection interne, présente en outre à son entrée un panaris, occupant toute l'extrémité du doigt médius de la main droite. Le chirurgien de garde qui le reçoit croit reconnaître de la fluctuation, et plonge une lancette à la partie moyenne du doigt et au centre des parties enflammées. Un peu de pus s'écoule, un cataplasme est appliqué, et le malade est conduit dans la division des fiévreux. Pendant une quinzaine, on s'applique à guérir la pleuro-pneumonie qui l'avait fait venir à l'hôpital, et l'on se borne à mettre tous les jours un cataplasme sur son doigt, qui va de mal en pis. C'est alors qu'on le fait passer dans ma division. Je trouve son doigt présentant dans toute sa longueur le double de son volume naturel, et offrant à son extrémité une plaie blafarde, d'où s'écoule, par une ouverture peu étendue, une sanie abondante. Je promène au fond de la plaie un stylet boutonné, et je trouve que la gaine des tendons, qui est dénudée, est recouverte par des tissus que la suppuration a séparés d'elle, et qui auraient dû, dès le commencement, être largement débridés. Je procède aussitôt à ce débridement par une incision cruciale, qui va à chaque fois jusque sur la gaine des tendons, mais pas plus loin ; le malade souffre horriblement ; on le calme en plongeant sa main dans un bain d'eau de mauve tiède, et en mettant dans la plaie de petites mèches de charpie imbues de solution aqueuse d'opium. Les douleurs se dissipent dans la journée ; il dort bien. Dans l'espace de quatre jours son doigt se dégorge, et dans douze il sort, emportant un doigt que d'abord il m'avait prié de lui occuper.

Je conclus et dis de nouveau que les débridemens doivent dépasser, dans tous les sens, les limites de l'inflammation, sans quoi ils l'augmentent au lieu de la diminuer.

Lorsque l'on ampute les doigts ou les orteils dans leurs articulations avec les os du métacarpe et du métatarse, on est alors surtout exposé à voir le phlegmon de la main ou du pied devenir la suite de l'opération, et cela ne doit point surprendre, quand on songe que l'on a intéressé une partie des tissus qui s'engagent sous les aponévroses palmaire et plantaire. Que ces tissus viennent en effet à s'enflammer un peu trop fort, l'étranglement survient aussitôt, et les accidens se prononcent et s'étendent.

En août 1829, j'ai cité, dans le *Journal universel des Sciences médicales*, deux cas où, à la suite d'une amputation des doigts en totalité et de l'ablation d'un doigt seulement, des accidens de ce genre s'étaient manifestés. J'ai donné alors aux praticiens le conseil de passer, lors de l'opération, la pointe du bistouri autour de la tête des os du

métacarpe ou du métatarse, de manière à bien détacher de leurs petites tubérosités les digitations aponévrotiques qui viennent s'y fixer. Je n'ai point eu occasion de voir si, grâce à cette précaution bien facile à prendre, on rendrait moins fréquens les accidens d'étranglement; le raisonnement semble le promettre, c'est à l'expérience à prononcer. Aussi j'engage les chirurgiens à prendre mon avis en considération.

Lorsqu'à la suite, soit d'une opération pratiquée sur la main ou le pied, soit d'une blessure quelconque, l'on a à combattre une inflammation phlegmoneuse qui se développe, ou qui a acquis un tel degré d'intensité, que l'avant-bras ou la jambe commencent à se prendre, que doit-on faire?

Attendra-t-on, à l'exemple des anciens chirurgiens et de beaucoup de modernes, que l'inflammation cède à l'application du cataplasme? Non, certes!

Qui ne sait, en effet, que dans ces momens critiques, il se développe avec une effrayante rapidité, dans les profondeurs de la main ou du pied, de vastes collections purulentes, qui fusent dans l'avant-bras et la jambe, et forcent à amputer les membres? Il est donc de la plus haute importance d'empêcher, par des moyens énergiques, que les choses n'en arrivent à ce point. Ces moyens nous sont fournis par la nouvelle chirurgie, par la chirurgie physiologique. Ils consistent à mettre le malade à une diète absolue, à l'usage d'une tisane tempérante, à placer sa main ou son pied élevé, à lui pratiquer une saignée de bras proportionnée à ses forces (je sais parfaitement que l'ancienne chirurgie faisait tout cela; mais voilà ce qu'elle ne faisait pas), *et surtout à poursuivre par des applications de sangsues l'inflammation, jusqu'à ce qu'elle ait cédé.* Si le phlegmon est à son plus haut point de développement, on aura soin d'appliquer circulairement, sur le point du membre où il parait s'être arrêté, trente ou quarante sangsues; un égal nombre pourra être réparti sur les points de la main ou du pied où la phlegmasie semble plus particulièrement sévir.

Si l'on a affaire à un phlegmon qui est en marche, la manière d'appliquer les sangsues variera : on les mettra par 10 sur les limites du mal. On pourra les faire se succéder de la sorte jusqu'au nombre de 100, de 150 même. La force du malade et celle de son pouls, seront là pour servir de guide au chirurgien.

Ce dernier mode d'application de sangsues est fort avantageux. M. Gama, chirurgien en chef du Val-de-Grace, qui lui a donné le nom d'*Application des sangsues en fontaine*, en a tiré nombre de fois le meilleur parti, notamment dans les lésions cérébrales.

Les deux observations suivantes déposent, ainsi que celle du soldat Ferry, en faveur de ce moyen.

Première observation. Un soldat du 40e entre dans mon service, atteint d'un phlegmon de toute la moitié antérieure de la main droite, et qui lui est survenu par suite d'une piqûre d'aiguille, qui a, dit-il, percé la main de part en part. Il y a quatre jours que l'accident lui est arrivé. Les choses étant parvenues à un point tel que tout débridement est absolument imposible, je prescris les sangsues *en fontaine*, au nombre de dix à chaque fois. Lorsqu'elles tombent, la main du malade est plongée dans un bain d'eau de guimauve tiède. Dans les premières vingt-quatre heures, le malade, qui est plein d'intelligence et de courage, en applique 60 sans éprouver de soulagement. Le phlegmasie marche; toute la main et le bas de l'avant-bras se prennent. Il passe une nuit affreuse. Le lendemain je l'encourage et le détermine à continuer de mettre des sangsues, toujours sur les limites du mal; il en applique, en quatre fois, 40 encore, et parvint enfin à faire cesser sa souffrance; si bien qu'il dort, pendant le jour, plusieurs heures sans s'éveiller. Le chirurgien de garde place sa main, bien élevée, sur des coussins de balle d'avoine, l'entoure, ainsi que tout l'avant-bras, de compresses imbibées d'eau de guimauve fraîche, à laquelle on ajoute de la solution aqueuse d'opium; un infirmier est chargé d'arroser toutes les demi-heures cet appareil... Le malade passe une assez bonne nuit. Le lendemain je le trouve, à ma visite, satisfait de son état; la fréquence de son pouls a sensiblement diminué, néanmoins je le maintiens à une diète sévère, aux boissons délayantes, et continue, du reste, pour sa main, l'emploi des moyens précités. Au bout de trois jours le mieux est sensible, mais la main reste gonflée. En la palpant, je m'aperçois qu'une collection purulente, développée au point même de la piqûre, soulève, dans une assez grande étendue, l'aponévrose palmaire. Je plonge profondément mon bistouri, et donne issue à un verre environ de pus. Je suis forcé de pratiquer une autre incision longitudinale sur le dos de la main, où la suppuration a fusé jusque sous la peau. Le malade ressent de suite un soulagement marqué, et arrive, dans peu de temps à une complète guérison.

Deuxième observation. Le cas suivant est plus remarquable sous ce point de vue, que les accidens inflammatoires se sont élevés à tel point, que la plupart des sous-aides attachés à mon service pensaient que l'amputation serait le seul moyen de sauver la vie au malade.

An n° 6 de la salle IV (division des blessés), est un soldat du 40e de ligne, nommé Veille; la roue d'une voiture lui a passé sur le pied droit, en marchant du bord externe du pied vers l'interne. Elle a décolé, sans les entamer cependant, la plus grande partie des tégumens qui revêtent la partie supérieure et externe du pied; cette région est très gonflée, et contient manifestement une collection sanguine assez considérable; le gros orteil, que la roue a rencontré en dernier lieu, a été presque écrasé par elle; l'ongle ne tient pour ainsi dire plus; à la face inférieure de ce même orteil, les tissus ont éclaté, il y a plaie; enfin, tous les os du métatarse ont été si fortement pressés les uns sur les autres, dans l'espèce d'arc de cercle que le pied a décrit sous la roue, qu'il est difficile de dire de suite s'il n'y a point de fracture.

Je pratique, sur le dos du pied, une incision longitudinale d'un pouce et demi, et donne ainsi issue à un verre au moins de sang liquide et caillé. J'achève de détacher l'ongle du gros orteil, et, pour prévenir les graves accidens inflammatoires dont je crois le malade menacé, j'applique, d'une malléole à l'autre, un cordon de 30 sangsues. A leur chute on fait un pansement approprié. Le lendemain Veille n'a pas souffert; son pied n'offre point de gonflement; je continue à tenir le malade à la soupe maigre, matin et soir, aux boissons délayantes; son pied est entouré d'un simple ca-

taplasme adoucissant, et tenu élevé. Le second et le troisième jour, rien encore; je le crois à l'abri d'accidens, lorsque le soir, vers les sept heures, le malade ressent dans son pied et à la plaie, une douleur qui va toujours en augmentant, et lui ravit tout sommeil. Au moment de la visite elle s'est un peu calmée; néanmoins je fais appliquer sur-le-champ 30 sangsues sur les points où il y a le plus de douleur. A la chute de ces sangsues cette douleur a disparu. Diète sévère, boissons fraiches, lavemens émolliens, potion calmante, position élevée du pied, que l'on arrose tout le jour avec la décoction fraiche d'eau de guimauve et de têtes de pavot; tels sont les moyens employés jusqu'au lendemain matin, cinquième jour depuis l'accident. Le malade a peu souffert, mais néanmoins le mal a fait des progrès effrayants. Tout le pied, l'articulation tibio-tarsienne et le bas de la jambe, sont gonflés outre mesure; il y a une fièvre ardente. Après avoir bien pesé les ressources du pouls, j'applique 50 nouvelles sangsues ainsi réparties : 10 au bas de la jambe, 10 sur l'articulation tibio-tarsienne, 10 à la partie externe du pied, 10 à sa partie interne, et 10, enfin, auprès de la plaie. Je les fais bien saigner. Du reste, mêmes moyens que la veille; arrosement presque continuel de tout le membre. Le lendemain matin le gonflement a sensiblement diminué; le malade, bien faible à la visite, se sent mieux; déjà son pouls est moins fréquent. Je continue le même traitement. Un point de la partie externe du pied est encore d'un rouge vif, la moindre pression y est douloureuse; j'y fais appliquer 20 sangsues, dans la crainte de voir l'incendie se rallumer. Un plein succès couronne ce dernier et pénible effort. A partir de ce moment, plus de douleur, plus de fièvre; le malade dort bien, il demande à manger; je lui accorde peu à peu des alimens légers. Aujourd'hui il a quitté l'hôpital.

Je me résume, et dis qu'il faut en chirurgie éviter, autant qu'on le peut, toutes les opérations qui peuvent déterminer l'inflammation phlegmoneuse de la main ou du pied, parce que c'est un accident grave; que, lorsque l'on aura à combattre cette phlegmasie dans son début, il ne faut ménager ni les émissions sanguines locales, ni les débridemens, et qu'enfin, lorsque les accidens inflammatoires seront très avancés, le vrai moyen d'en triompher et de sauver les membres aux malades, sera d'agir de suite et avec hardiesse. On a, en effet, bien plus souvent à se repentir de n'avoir pas assez fait que d'être allé trop loin.

Si je ne craignais de fatiguer le lecteur, en l'entretenant de faits qui ont tous la même physionomie, je lui dirais que j'ai dans ce moment, au n° 4 de la petite salle des blessés, un nommé Louis, qui, à la suite d'une saignée de pied, vient d'avoir une inflammation érysipélato-phlegmoneuse au membre abdominal droit, dans toute sa longueur et dans toute son épaisseur. L'emploi des mêmes moyens a produit un résultat semblable à ceux que je viens d'exposer.

Je citerais encore le cas d'un homme couché en ce moment au n° 15 de la salle des blessés. Il est entré, il y a quelques jours, avec un phlegmon énorme du bras gauche, suite d'une chute sur le coude. Il y avait à cet endroit une plaie fistuleuse conduisant à un foyer que j'ai largement ouvert en haut et en bas, en pénétrant jusque sur l'articulation. J'ai intéressé un rameau de la récurrente radiale, qui a fourni plus d'un verre de sang artériel; je me suis bien donné de garde de l'empêcher de couler. Il y a plus, c'est que j'ai fait appliquer sur toute la périphérie de l'articulation huméro-cubitale 45 sangsues, qui ont d'autant mieux saigné qu'à leur chute le bras a été placé dans un bain d'eau de guimauve tiède.

Dès le lendemain le bras, dont le volume était d'abord doublé, avait à peu près repris sa grosseur naturelle. Dans trois jours ce but était atteint, et il ne restait plus qu'à cicatriser une plaie d'un pouce et demi, mais dont l'aspect était on ne peut plus satisfaisant. Aujourd'hui ce soldat touche à sa guérison.

MÉMOIRE SUR LES CÉPHALOEMATOMES,

Ou Tumeurs sanguines des enfans nouveau-nés;

Par J.-B. PIGNÉ,

Élève des Hôpitaux de Paris.

Dans plusieurs ouvrages sur les accouchemens et sur les maladies des enfans, on a parlé, et souvent très au long, de tumeurs sanguines (*caput succedaneum*), qui se développaient dans l'épaisseur du cuir chevelu, ou entre le cuir chevelu et l'aponévrose cranienne, sous l'influence d'une pression plus ou moins long-temps prolongée sur plusieurs parties de la tête de l'enfant, à son passage à travers les détroits du bassin. Mais il est une autre espèce de tumeurs, sur laquelle je ne trouve aucune observation dans les ouvrages français; sur laquelle, à l'exception d'un ou deux auteurs, personne n'a fait aucune remarque; ceux qui en ont parlé paraissent l'avoir complètement méconnue ou confondue avec d'autres tumeurs. Cependant, leur aspect, leurs propriétés physiques, leur mode de formation, leur développement et leur terminaison, en font une espèce à part et bien caractérisée. Elles ont quelque analogie avec les hernies du cerveau; aussi les a-t-on souvent confondues avec elles; *Ledran* a commis cette erreur ainsi, que le prouve l'observation que je rapporterai plus bas; c'est ce qu'a fait l'auteur d'une observation insérée tout récemment dans le n° 102 de la *Gazette des hôpitaux*. Je reviendrai sur ce fait, car c'est lui qui m'a donné l'idée de ce Mémoire.

Ces tumeurs, qu'une professeur d'accouchement, M. *Nœgèle*, aussi distingué par ses vastes connaissances que renommé par l'étendue de sa pratique, a nommées *céphalœmatomes*, sont indépendantes du cerveau; elles n'ont aucun rapport avec les membranes qui le revêtent, et sont formées non dans le tissu de l'os, non dans le cuir chevelu, mais constamment entre le péricrâne et le crâne; bien que l'auteur d'une Thèse, soutenue récemment à l'École de Médecine, fasse (page 60) dire à plusieur auteurs allemands, et notamment à *Zeller*, « qu'elles ont leur siége *entre l'aponévrose et le péricrâne*; » tandis que *Zeller* dit

qu'il appelle céphalœmatomes, « *tumores, ex sanguine inter pericranium craniumque ipsum collecto, ortos.* »

Afin de faire mieux connaître ces tumeurs, et de les faire bien distinguer de celles qu'on a désignées sous le nom de *caput succedaneum*, je vais indiquer en peu de mots les caractères de ces dernières.

Ces tumeurs sanguines se forment pendant l'accouchement, lorsque la tête de l'enfant reste pendant un certain temps engagée dans le détroit inférieur. Dans ces cas, la portion de la tête qui se trouve libre entre les points comprimés, se gonfle; le sang artériel, poussé avec force, peut vaincre l'obstacle apporté par la compression; mais ce sang, arrivé dans les veines comprimées, n'a plus l'impulsion nécessaire pour franchir l'obstacle; il s'amasse en plus ou moins grande quantité dans cette partie du cuir chevelu, le système capillaire se développe, les veines se distendent, s'engorgent, et la partie séreuse du sang passant à travers les parois des veines, s'infiltre dans le tissu cellulaire; de là le nom de *tumor sanguineus aquosus*, qu'on a quelquefois donné à cette tumeur. Si l'obstacle persiste, les vaisseaux trop pleins se déchirent, et il y a infiltration ou épanchement de sang dans le cuir chevelu, ou entre lui et la calotte aponévrotique. On voit que dans ces cas la partie non comprimée est tuméfiée; la peau qui la recouvre, ou plutôt dans laquelle s'est formée la tumeur, est, dans beaucoup de cas, d'un rouge violet, bleu, d'autant plus foncé que l'extravasation est plus superficielle, ou que la tumeur a plus d'élévation. Le doigt qui en interroge la nature la trouve pâteuse, y laisse des impressions qui ne tardent pas à disparaître, et n'y rencontre aucune pulsation, à moins qu'elle ne soit située sur le trajet d'une des nombreuses artères qui sillonnent le cuir chevelu; enfin, on n'y sent aucune fluctuation, si ce n'est lorsque, après l'inflammation, un foyer purulent s'est formé, dans les cas très rares d'épanchement ou séreux ou sanguin.

Une fois l'obstacle levé, les efforts seuls de la nature, les applications résolutives, un appareil légèrement compressif, lorsque la tumeur est située de manière à permettre la compression sur la tête encore peu affermie de l'enfant, suffisent assez souvent pour opérer la guérison. Mais quelquefois aussi, lorsque la vitalité des parties est faible, que la force d'absorption est peu considérable, une inflammation se déclare. Elle est lente d'abord, augmente assez rapidement, et la suppuration, quelquefois simple, d'autres fois suivie de toutes les complications qu'entraînent souvent les inflammations du cuir chevelu, amène promptement ou la résolution de cet épanchement, ou détermine, si des ouvertures convenables ne sont pas pratiquées, des accidens qui mettent plus ou moins en danger la vie de l'enfant.

Dans aucun cas, ces tumeurs, pendant le cours de leur développement, non plus qu'à l'époque où elles paraissent être dans un état stationnaire, ni même pendant leur période d'inflammation, n'ont action directe sur le crâne, car elles en sont séparées par le péricrâne, et le plus souvent aussi par l'aponévrose cranienne; mais lorsque la suppuration s'est établie, les organes protecteurs du crâne peuvent être détruits, et alors seulement commence l'altération des os.

Dans ces cas, la conformation du bassin de la mère, la disproportion de la tête de l'enfant, ou la position désavantageuse dans laquelle elle se présente, sont les causes de ces tumeurs. L'application du forceps, et seulement de celui dont les branches sont à lumières, donne également lieu à des tumeurs semblables; elles ont lieu dans l'espace compris entre les points comprimés; dans ces cas-là, il n'est pas rare de trouver une tumeur à chacun des lieux où appuyaient les deux branches du forceps.

Du reste, ces tumeurs peuvent se développer sur toutes les parties du corps, suivant la position dans laquelle l'enfant se présente; aussi les a-t-on rencontrées à la fesse, au ventre, à la face, sur toutes les parties de la tête, et plus généralement sur la ligne médiane.

En définitive, ces tumeurs sont généralement faciles à reconnaître: leur couleur, la sensation qu'on éprouve en les touchant, l'absence complète et de pulsation et de symptômes cérébraux lorsqu'on les comprime, enfin, leur irréductibilité, ne permettent pas de les confondre avec une tumeur quelconque provenant de la cavité cranienne. Ainsi donc, sans m'étendre davantage sur ces tumeurs, qu'il est impossible, je crois, de méconnaître, aux caractères que je viens d'en donner, je passe à celles qui font l'objet principal de ce Mémoire; elles offrent des caractères particuliers et une série de symptômes qui peuvent les faire confondre, et les ont fait confondre jusqu'à présent, tantôt avec les hernies du cerveau, tantôt avec les tumeurs que je viens de décrire, et quelquefois aussi avec des tumeurs anévrismales.

Ces tumeurs, appelées par *Rust*, *abcessus capitis sanguineus neo-natorum*, et *cephalœmatoma* par *Nœgèle*, ont, comme je l'ai dit plus haut, leur siége entre la face interne du péricrâne et la face externe des os du crâne. *Nœgèle*, *Chelius*, *Rust*, *Siebold*, *Paletta*, *Michaelis*, *Schmidt*, etc., les ont presque constamment trouvées sur les os pariétaux, plus souvent du côté droit que du côté gauche, rarement à l'occiput, et presque jamais sur le frontal. *Chelius* dit qu'on en a rencontré quelquefois sur le temporal. *Rust* n'y en a jamais vu.

Une particularité assez remarquable, c'est qu'aucune de ces tumeurs, comme nous le verrons plus tard, n'a encore été observée, ni sur les sutures qu'on trouve chez l'adulte, ni sur les lignes où, chez le fœtus, viennent se réunir les portions de l'occipital et les deux moitiés du frontal. Cette observation ne sera pas inutile pour le diagnostic différentiel.

En général, leur grosseur varie depuis celle d'une noisette jusqu'à celle de la moitié d'un œuf de poule qu'on aurait coupé selon son plus grand diamètre. Quelquefois cette tumeur occupe toute la surface du pariétal, d'autres fois, mais très rarement, on en a rencontré une sur chaque pariétal; presque toujours, dans ces cas, elles sont isolées; cependant *Nœgèle* les a vues communiquer entre elles; enfin ce dernier accoucheur en a rencontré à la fois sur différens points du crâne à des distances très éloignées les unes des autres; leur volume, leur étendue étaient également variés.

La plupart de ces tumeurs paraissent exister avant la naissance: telle est l'opinion d'*Osiander*, de *Siebold*, de *Michaelis*, etc. Certains faits sembleraient prouver la vé-

rité de cette assertion pour quelques cas du moins : car il est arrivé qu'une de ces tumeurs ayant été ouverte vers le sixième jour après la naissance, la surface de l'os a été trouvée couverte d'excroissances osseuses qui évidemment n'avaient pu se former en cinq ou six jours. *Zeller* (p. 35) cite aussi un cas dans lequel, au moment même de la naissance, on remarqua le cercle osseux dont je parlerai plus tard, et qui, comme on le verra, est un des signes qui annoncent nécessairement l'ancienneté de ces tumeurs. Celui qui en a observé le plus grand nombre, *Nœgèle*, ne nie pas qu'elles se forment avant l'accouchement; il dit seulement qu'il les a toujours vues le deuxième ou le troisième jour après la naissance, c'est-à-dire dès qu'il avait été appelé près des malades; mais ces tumeurs avaient déjà une étendue qui peut faire présumer qu'elles étaient antérieures à cette époque. Il est vrai que M. *Velpeau*, dans une thèse déjà citée, fait (p. 60) dire à *Zeller* « qu'elles sont la suite de contusions ou d'épanchemens sanguins causés par des violences extérieures, quoique *Zeller* dise positivement *tenebras, quibus modus* (*cephalœmatoma*) *quo oritur involutus est, dispellere non audeo ;* » bien que plus bas il ajoute : « *pressionem, quam caput, pelvim pervadens patiatur originem tumorum sanguineorum* (*cephalœmatomatum*) *esse facile quis, re non accuratè perpensâ, statuere possit.* » D'après ces citations, il est aisé de voir que l'opinion de M. Velpeau, sur ces tumeurs, est condamnée par l'auteur même dont il invoque le témoignage. Mais si des faits bien positifs prouvent que ces tumeurs sont le plus souvent antérieures à la naissance, l'incertitude où l'on est encore par rapport à leurs causes, fait un devoir d'admettre, contrairement à l'opinion de plusieurs praticiens, qu'elles peuvent aussi se former peu de temps après la naissance. Des faits semblent encore venir à l'appui de cette assertion ; j'en citerai plusieurs.

Assez rarement ces tumeurs ont, au moment de la naissance, acquis tout le développement qu'elles doivent avoir ; mais elles croissent assez rapidement, et au bout de quelques jours elles ont acquis tout leur volume. Alors elles restent stationnaires pendant quelque temps, pour décroître ensuite, ou subir les diverses altérations dont elles sont susceptibles.

Il est à remarquer qu'après la naissance, ces tumeurs prennent rarement de l'accroissement en étendue, et que l'augmentation qu'elles prennent se fait ordinairement selon leur élévation.

Mais, demandera-t-on, si ces tumeurs sont formées pendant la vie utérine, pourquoi au moment de la naissance n'ont-elles jamais ou presque jamais acquis tout leur développement? Ce fait, presque constant, prouverait contre ceux qui pensent que ces tumeurs, quoique peu saillantes, existent avant la naissance, et qu'elles n'ont plus qu'à acquérir leur développement en élévation. Assurément ce fait pourrait prouver beaucoup, surtout si l'on songe que, pendant la vie utérine, la mollesse des tégumens du crâne et du crâne lui-même serait propre à favoriser le développement de ces tumeurs, tandis que la consistance qu'ils prennent bientôt après la naissance devrait au contraire s'opposer à leur développement; mais la pression que les eaux exercent autour du fœtus ne peut-elle pas contrebalancer la tendance que la tumeur aurait à se développer? Après la naissance, cette pression n'existe plus et la tumeur augmente. D'ailleurs, les changemens apportés dans la circulation par le fait même de la naissance, ne peuvent-ils pas entrer pour quelque chose dans cette augmentation de la tumeur ?

Quoiqu'en général, leur élévation soit en rapport avec leur étendue, on en rencontre quelquefois et de très larges et de petite dimension, qui ne font qu'une très légère saillie.

La peau qui les recouvre est sans aucun changement de couleur, sans aucune altération ; seulement lorsque la tumeur a acquis un volume assez considérable, le cuir chevelu est lisse, brillant, comme s'il était revêtu d'un vernis.

A une époque peu éloignée de la naissance, la tumeur est molle et fluctuante. Lorsqu'on applique à plat la paume de la main sur son sommet, on sent quelquefois des mouvemens particuliers isochrones à celui des mouvemens du cœur; c'est ce caractère qui quelquefois les a fait prendre pour des tumeurs anévrismales. Quelques praticiens disent ne jamais avoir éprouvé ces pulsations, ou du moins ne les avoir senties que d'une manière très obscure; d'autres, au contraire, assurent les avoir constamment trouvées lorsqu'ils avaient interrogé la tumeur peu de temps après la naissance

Lorsqu'à cette époque on ouvre la tumeur, on trouve qu'elle est formée d'un sang artériel, contenant peu ou point de parties coagulées ; une fois vidée, la poche se remplit de nouveau, et les symptômes qu'on rencontrait auparavant, reparaissent. A une époque plus avancée de la maladie, les pulsations ont disparu, la fluctuation persiste ordinairement, mais on croirait quelquefois avoir à faire à un kyste stéatomateux ou méliacérique. La tumeur, ouverte à cette époque, contient un sang noir, coagulé; si on la vide, elle ne se reproduit plus. Je reviendrai sur ces symptômes que je ne fais qu'indiquer, parce qu'ils me seront utiles pour l'étiologie.

Si l'on promène le doigt autour de la tumeur quelques jours après qu'elle a acquis tout son développement, on rencontre le plus souvent une espèce de cercle osseux qui l'environne dans toute sa circonférence et simule assez celui qu'on trouve dans les perforations du crâne. C'est cette circonstance qui a induit en erreur presque tous ceux qui ont confondu ces tumeurs avec des hernies du cerveau. Il ne faut pas croire que ce cercle soit une simple illusion du toucher, et qu'il n'existe pas en réalité, ainsi que celui qu'on croit remarquer dans certaines tumeurs de la tête, et sur lequel Ferrand cherche à appeler l'attention dans un des mémoires de l'Académie de chirurgie. Ce cercle existe; l'autopsie l'a démontré plusieurs fois, l'ouverture de ces tumeurs l'a fait voir plus souvent encore. Assez souvent ce cercle osseux est si régulier du côté qui regarde la tumeur qu'on croirait qu'il a été formé par un emporte-pièce. Dans ces cas la circonférence de la tumeur à sa base est régulièrement arrondie, et elle est partout en contact avec le cercle qui l'environne, et jamais elle ne le recouvre. Mais il s'en faut que dans tous les cas la tumeur soit régulièrement arrondie ; bien qu'elle soit toujours circonscrite, on la trouve assez souvent dentelée à sa base, et, dans ces cas, le cercle osseux suit exactement les sinuosités que forme

la tumeur, il est aussi dentelé. Il arrive assez souvent que ce cercle est incomplet, qu'on le trouve sur un point de la circonférence de la tumeur, tandis qu'au point opposé il n'en existe aucune trace.

Quelles sont les causes de ces tumeurs? Voilà un problème à la solution duquel les *Nœgèle*, les *Siebold*, les *Paletta*, et tous ceux, qui ont observé beaucoup de ces tumeurs, n'ont pu parvenir. Un champ vaste va bientôt être ouvert à l'étude des enfans nouveau-nés, et peut-être alors pourra-t-on résoudre cette question qui, par un hasard assez remarquable, paraît devenir d'autant plus difficile que les observations deviennent plus nombreuses. Ceux, en effet, qui les premiers observèrent ces tumeurs, ou plutôt qui les distinguèrent des affections avec lesquelles elles ont certaines analogies, les crurent déterminées par quelque obstacle apporté dans l'accouchement; mais Paletta ne les a remarquées qu'après des accouchemens faciles; mais *Nœgèle* qui, dans sa longue pratique, a eu occasion d'en observer un très grand nombre, en a vu sur des endroits de la tête qui n'avaient pu être soumis à aucune pression, mais *Siebold* n'en a jamais rencontré dans les accouchemens laborieux, et la même observation a été faite par *Feiller*, *Hoere*, *Michaelis*, *Schmidt*. Que dis-je? plusieurs d'entre eux les ont observées dans des accouchemens où l'enfant s'étant présenté par les pieds, était sorti sans aucun obstacle. C'est d'après ces faits qu'*Osiander* a avancé et soutenu que ces tumeurs étaient formées avant l'époque de l'accouchement.

C'est aussi d'après ces faits que les auteurs allemands ont complètement abandonné l'idée de la contusion dans la formation de ces tumeurs. L'auteur de la thèse déjà citée, dit (p. 61) « chez le fœtus, la pression inégale qu'éprouve le « crâne en traversant le bassin, est la cause incontestable- « ment la plus commune de ces tumeurs, ainsi d'ailleurs « que l'admet *Carus*. » Il faut avouer que M. Velpeau est bien malheureux, tant dans le choix de ses citations, que dans celui de ses autorités. *Carus*, il est vrai, admet cette opinion; mais, comme il serait facile de le démontrer, Carus n'a connu ces tumeurs que de nom: la description qu'il en fait dans sa Gynæcologie est tellement en opposition avec celle des autres observateurs, l'idée qu'il cherche à en donner est tellement fausse, qu'il est de la dernière évidence qu'il n'a jamais vu de ces tumeurs, et par conséquent on ne saurait raisonnablement admettre, sur la seule lecture de son ouvrage, l'opinion qu'il émet sur leur siége et sur l'époque de leur formation (1).

Si l'on récapitulait les symptômes principaux et caractéristiques qu'offrent successivement ces tumeurs, on pourrait peut-être arriver à en découvrir la cause. Dans le principe, augmentation progressive, pulsation, fluctuation, *sang artériel* à l'ouverture. Plus tard, suspension dans le développement, fluctuation, mais absence de battement; *sang veineux* à l'intérieur. D'après cela, ne serait-on pas porté à croire qu'une artère déchirée fournit le sang qui alimente, grossit la tumeur, et lui transmet les mouvemens que lui imprime le cœur? qu'après un certain temps, venant à se fermer, cette artère laisse dans la tumeur un sang qui n'étant plus régénéré, se noircit, s'épaissit, se coagule?

Mais ici se présentent de nouvelles questions. Comment cette artère se déchire-t-elle spontanément? comment se ferme-t-elle spontanément aussi?

Je ne chercherai pas à répondre à la première de ces questions. On sait qu'assez souvent des enfans sont morts, pendant la vie utérine, des suites de la déchirure d'une artère dans l'intérieur du crâne. *Baudelocque* en cite plusieurs exemples, et il est peu d'accoucheurs qui n'en aient observé. « Il résulte des recherches que j'ai faites à la Ma- « ternité, dit M. *Cruveilhier*, que l'apoplexie est la cause « de la mort d'un bon tiers des enfans qui, pleins de vie « avant le travail, succombent pendant l'accouchement. » Or, puisque des artères peuvent se rompre dans l'intérieur du crâne, comment n'admettrait-on pas qu'une des nombreuses artères traversant cette enveloppe du cerveau, qui, à cet âge, est en travail d'ossification, ne puisse se déchirer? Si cela est, tous les phénomènes qu'on rencontre dans ces tumeurs, l'émission du sang artériel et toutes les conséquences qui en découlent, se trouvent expliqués.

Mais pendant que durent ces symptômes, le crâne, poursuivant son ossification, devient de jour en jour plus compacte; bientôt l'artère qui fournissait le sang, se trouvant comprimée par les fibres osseuses qui se rapprochent ou par les nouvelles qui s'interposent, diminue de calibre et s'oblitère; alors commence la seconde série des phénomènes que j'ai indiqués.

En avançant cette opinion, je sens que je ne fais qu'ajouter une nouvelle hypothèse à celles qui déjà ont été émises; mais je n'ai nullement prétendu soulever le voile qui cache encore la cause de ces tumeurs; je laisse ce soin à des personnes plus accoutumées que moi à suivre les traces de la nature et plus habiles à découvrir les causes de ses aberrations.

Les détails dans lesquels je suis entré sur le développement de ces tumeurs étaient nécessaires pour expliquer un symptôme qu'on rencontre assez souvent, je veux dire le cercle osseux dont j'ai parlé plus haut.

Plusieurs praticiens qui n'ont observé que quelques-unes de ces tumeurs et qui n'ont pas rencontré ce cercle osseux, car on ne le trouve pas dans tous les cas, ont prétendu qu'il n'existait jamais, et que c'était par une erreur des sens qu'on avait admis sa présence. D'autres qui l'ont observé l'ont attribué à une dégénération du système osseux, dépendant de l'action désorganisatrice d'un caillot situé immédiatement sur l'os. Il est vrai qu'au premier abord cette opinion paraît vraisemblable: une circonstance vient encore lui donner plus de force. Dans quelques cas, la tumeur ayant été ouverte et détergée, l'œil a découvert à la surface de l'os une substance d'un gris noirâtre, et le doigt introduit dans la poche a senti que l'os était légèrement inégal, recouvert d'une couche spongieuse; on a cru, en un mot, reconnaître une carie superficielle de l'os.

(1) M. Velpeau parle d'après des observations qui lui appartiennent; l'opinion de Carus étant ensuite conforme à la sienne, il la cite comme opinion; voilà tout. Au reste, l'autorité de Carus en vaut bien une autre.

(*Note du Rédacteur.*)

Cependant je ne saurais adopter cette opinion. Dans certains cas très rares, il est vrai que l'on trouve la surface de l'os sur laquelle repose la tumeur, recouverte d'une substance grisâtre ou noirâtre, molle et comme spongieuse; mais le traitement que l'on a employé contre cette affection et qui a suffi pour la guérir en cinq ou six jours, prouve que ce n'est pas une carie, car une affection de ce genre ne céderait pas aussi rapidement, ce me semble, à un pansement simple. J'ai quelque lieu de croire que cette substance qui en a imposé pour une carie n'est autre chose qu'une de ces fausses membranes dont la nature prévoyante se sert quelquefois pour isoler les corps étrangers et mettre les organes circonvoisins à l'abri de leur action délétère. Quant au cercle osseux qui environne la dépression dans l'os, qu'on a regardé, mais à tort, comme une perte de substance déterminée par l'action d'un corps étranger, je pense que le sang épanché se trouvant fortement comprimé par le péricrâne, agit sur le crâne, de manière à empêcher son développement sur toute l'étendue qu'occupe la tumeur, et que les parties osseuses qui environnent cette surface n'étant pas comprimées, continuent à s'ossifier, augmentent d'épaisseur et forment autour de la tumeur, sur la circonférence de laquelle elles se moulent, un rebord qui non-seulement la limite, mais encore tend à le recouvrir. Cette tendance est si grande, qu'on voit quelquefois, lorsque la tumeur n'est pas trop saillante, ou qu'elle a perdu de son élévation, cette partie osseuse s'avancer peu à peu entre la péricrâne et la tumeur, et finir par la recouvrir complètement. Les exemples de ce fait singulier ne sont pas très rares: je pourrais en rapporter plusieurs; mais je me contenterai de citer l'observation recueillie par M. le docteur *Gageon* et insérée dans un des derniers numéros de la *Gazette des Hôpitaux*.

Je ne fais que copier. « Le 31 mars 1833, je fus appelé dans un village, à quelques lieues de ma résidence, auprès de madame Benoist. Cette dame, âgée de quarante-deux ans, ayant toujours joui d'une bonne santé, avait eu deux enfans, arrivés à terme, mais à l'occasion desquels on avait été obligé d'employer le forceps. Peu de jours après ce troisième accouchement, qui s'était heureusement terminé, on me fit dire que l'enfant portait une tumeur à la tête. Je trouvai, en effet, une tumeur ovoïde, à peu près de la forme et de la grosseur d'un œuf de poule, coupé selon son grand diamètre, occupant le *centre du pariétal* droit, et sans changement de couleur à la peau. Elle me parut irréductible, et *faisait pousser des cris à l'enfant, toutes les fois qu'on essayait de la refouler*. On sentait, par intervalles, des battemens obscurs et isochrones à ceux du pouls. Le doigt, promené à la base de la tumeur, faisait reconnaître dans l'os une perte de substance considérable et à bords inégaux. Pensant avoir affaire à une hernie du cerveau, je me bornai à la préserver de tout contact externe, en la recouvrant d'une calotte. Dix jours plus tard je sentis de petites pointes osseuses, qui toutes partaient de la circonférence et convergeaient vers un centre commun, passant sous la peau et au-dessus de la tumeur, dont la saillie était à peine sensible. Bientôt les pointes osseuses s'étaient multipliées à l'infini, et plusieurs d'entre elles se touchaient par leurs extrémités. Enfin, dix semaines après la naissance, la tumeur avait complètement disparu, et était remplacée par une bosse pariétale très bien ossifiée, mais un peu plus saillante que celle du côté opposé. L'enfant n'a pas cessé de jouir d'une bonne santé; ses facultés intellectuelles ne paraissent nullement affectées. »

Cette observation, précieuse pour l'histoire de ces tumeurs prouve, 1° que la tumeur n'était pas une hernie du cerveau, car les hernies de cet organe ne se font pas, chez l'enfant, au centre d'un os, mais au niveau des sutures; car les pulsations étaient obscures, et elles sont très caractérisées dans les hernies du cerveau; car la compression, non-seulement ne pouvait pas faire rentrer la tumeur, non-seulement ne déterminait aucun des accidens qui caractérisent la hernie du cerveau, mais encore en produisait qui leur sont diamétralement opposées (elle faisait pousser des cris à l'enfant); 2° que cette tumeur ovoïde était un céphalœmatome, c'est-à-dire un épanchement entre le péricrâne et le crâne; sa mollesse, ses pulsations, le cercle osseux qui l'environnait, et sa terminaison, qui est souvent celle des tumeurs qui nous occupent, ne laissent aucun doute à ce sujet; 3° que cette tumeur a été prise pour une hernie du cerveau; 4° enfin, que le cercle osseux qui environnait la tumeur s'est étendu sur sa totalité.

L'expérience de tous les jours et de tous les siècles a établi une loi en physiologie pathologique, c'est que les os dénudés de leur périoste et longtemps en contact immédiat avec un caillot de sang, sont frappés de nécrose ou de carie dans ces tumeurs. Il y a dénudation dans une étendue plus ou moins grande, et cependant point de nécrose; cette surface dénudée reste longtemps en contact avec une certaine quantité de sang, et cependant point de carie. Faut-il en chercher la cause dans ce que cet os dénudé et ce caillot ne sont pas en contact avec l'air extérieur? non, je ne le pense pas; car, combien de fois a-t-on eu occasion d'observer des nécroses par suite d'un décollement sans plaie extérieure, d'observer des caries à la suite d'épanchemens sanguins entre l'os et son périoste? Mais jamais, dans ces tumeurs, on n'a trouvé de nécrose; très rarement, et seulement lorsque la tumeur existait depuis très longtemps, on a trouvé de la carie. Et, chose remarquable! lorsque ces tumeurs ont été ouvertes, et que des injections stimulantes ont été faites dans leur cavité, formée d'un côté par le péricrâne, et de l'autre par le crâne, jamais l'inflammation, quelquefois très vive, n'a occasioné aucun des accidens qu'elle déterminerait, dans les mêmes circonstances, chez l'adulte. Il faut être bien hardi pour faire de pareilles injections; cependant on en fait, et elles ont réussi.

Il y a sans doute une raison, qui me paraît inhérente à l'âge des individus affectés de ces tumeurs. A cet âge, la vitalité du système osseux est très considérable, l'action désorganisatrice d'un épanchement sanguin est contre-balancée, surmontée, annihilée par les forces réparatrices, ou plutôt formatrices de la nature; mais à mesure que l'enfant avance en âge, la vitalité du système osseux diminue, et bientôt la nature, comme fatiguée d'une lutte si longtemps prolongée et qui a épuisé ses efforts, cède enfin; alors les symptômes dépendans de la présence d'un sang épanché, se

manifestent dans toute leur énergie, et l'action délétère de la tumeur est encore augmentée par les changemens que le temps a apportés dans sa nature.

Nous arrivons maintenant au point le plus important de l'histoire de cette affection, c'est-à-dire à son *diagnostic différentiel*. Quelles sont les tumeurs avec lesquelles on peut les confondre? quels sont les caractères qui peuvent les faire reconnaître? Telles sont les questions que je vais maintenant examiner.

La *hernie du cerveau* a, avec les tumeurs qui nous occupent, de nombreuses analogies; toutes deux s'observent immédiatement après la naissance, ou peu de temps après; toutes deux font une saillie plus ou moins grande, sont sans changement de couleur à la peau, offrent de la mollesse et une certaine élasticité à la pression; toutes deux font sentir, quoique à des degrés différens, des pulsations isochrones aux mouvemens du cœur; la base de l'une et de l'autre est ceinte d'un anneau osseux dont le bord interne se moule exactement sur la circonférence de la tumeur, et dont la saillie varie également dans l'une et dans l'autre.

Mais elles diffèrent l'une de l'autre : 1° par leur situation : la hernie du cerveau se fait constamment, ou au niveau des sutures et surtout des fontanelles, ou au niveau des points où s'opère, pendant le travail de l'ossification, la jonction des différens points ossifiés; le céphalœmatome, au contraire, ne se rencontre qu'au centre des os, ou à une distance peu éloignée de ce centre, mais jamais sur les sutures; 2° par les pulsations, qui dans la hernie sont fortes, permanentes, ne disparaissent qu'avec la tumeur, et qui dans le céphalœmatome sont faibles, d'autant moins apparentes qu'on s'éloigne davantage du moment où la tumeur s'est formée, et qui généralement ont tout-à-fait disparu vers le cinquième ou sixième jour après la naissance; 3° par le cercle osseux, qui, dans ces deux cas, est, il est vrai, taillé à pic, mais qui, dans la hernie, est constamment formé aux dépens de plusieurs os, tandis que, dans l'autre tumeur, c'est toujours aux dépens d'un seul; dans la hernie, ce cercle, plus ou moins élevé, se rencontre dès le moment où la tumeur herniaire se déclare; dans le céphalœmatome, on ne le rencontre qu'à une époque plus ou moins éloignée de la formation de la tumeur; en sorte qu'on peut dire que, dans la hernie, cet anneau précède la tumeur, tandis que, dans le céphalœmatome, ce cercle est déterminé par la tumeur elle-même; 4° la compression fait rentrer une partie plus ou moins considérable de la tumeur herniaire, tandis qu'elle n'a aucune action sur le volume de la tumeur sanguine. Exercée sur la première, elle détermine constamment de la stupeur, de la paralysie, et tous les symptômes qu'on rencontre dans la compression du cerveau, tandis que sur la seconde, elle ne donne lieu à aucun de ces accidens; cependant, lorsqu'elle est portée à un trop haut degré, elle cause sur cette dernière une douleur quelquefois assez vive, qui résulte, non de la pression sur le cerveau, mais de la pression sur les tégumens du crâne, qui déjà sont rendus douloureux par une tension plus ou moins considérable, plus ou moins ancienne. Lorsque la tumeur sanguine récente a beaucoup d'étendue, son centre se déprime, et forme une fossette ombilicale, au fond de laquelle le doigt, sans une pression trop considérable, peut sentir l'os sous jacent; cela ne peut avoir lieu dans la tumeur herniaire.

Ces symptômes différentiels sont bien caractérisés, et cependant on a souvent confondu ces tumeurs avec la hernie du cerveau; j'en ai cité déjà un exemple; et pour ne pas trop étendre cette dissertation, je rapporterai seulement l'observation de *Ledran*; c'est lui-même qui parle:

« Au commencement de septembre 1728, mademoiselle Neveu envoya chez moi un enfant, dont elle était accouchée deux jours auparavant. Au moment de la naissance, on lui avait trouvé sur le pariétal droit une tumeur, qui occupait presque toute sa grandeur; elle était molle, indolente, élevée d'un pouce; on y sentait de la fluctuation. J'hésitai d'abord à porter mon jugement sur la qualité de cette tumeur, parce que, à sa circonférence, je sentais sous le doigt un cercle à l'os, qui me faisait croire que l'ossification du crâne en cet endroit avait manqué; ainsi *je doutai si la tumeur* était formée par une hernie du cerveau, ou si *c'était un anévrisme faux*, formé par la rupture de quelque petite artère. Pour pouvoir m'assurer de la nature du mal par les progrès qu'il pouvait faire, je laissai la tumeur telle qu'elle était pendant six jours, au bout duquel temps je trouvai qu'elle était dans le même état, sans avoir pris d'accroissement; je crus dès lors que la tumeur n'était pas anévrismale. Persuadé par là et par le cercle osseux que je sentais à l'os, que la tumeur en question était une hernie du cerveau, je fis mettre des compresses très épaisses..., et au bout d'un mois la tumeur fut entièrement effacée. Pendant ce temps, le temporal (pariétal) s'ossifiait; ce que je sentais par la dureté qu'il acquérait de jour en jour. Ainsi, le grand cercle que j'avais senti au commencement, s'effaça, et il n'en resta qu'un petit dans le centre; ce petit n'a disparu entièrement qu'au bout de dix mois, qu'enfin le temporal (pariétal) s'est trouvé entièrement ossifié et dur. »

Ces détails rapportés par *Ledran* ne suffisent pas pour établir l'existence d'une hernie du cerveau; aussi ce grand observateur, ajoute-t-il plus bas, avec cette candeur et cette modestie qui caractérisaient le père de la chirurgie française et quelques-uns de ceux qui vinrent après lui, mais qu'on rencontre rarement de nos jours: « Quoique j'aie regardé et traité cette maladie comme une hernie du cerveau, je laisse au lecteur le soin de décider de sa nature. »

Écoutons ce que dit *Ferrand* au sujet de cette observation: « Comment serait-il possible de trouver les signes d'une hernie du cerveau, dans les doutes et les incertitudes que montre le récit de *Ledran?* Une tumeur de l'étendue du pariétal, et que la présence du cerveau aurait formée, faute de cet os, ne se serait-elle pas annoncée d'un manière distincte et exempte d'équivoque? » Il n'y aurait point eu de fluctuation, telle que *Ledran* dit l'avoir remarqué; les battemens du cerveau auraient été sensibles, et cette tumeur était sans pulsations.... » C'est par le cercle osseux qu'il dit avoir senti à l'os, qu'il est persuadé que la tumeur est une hernie du cerveau. Un peu plus loin, au sujet de la résolution qui s'est faite complètement en un mois, il ajoute: « Les connaissances anatomiques et physiologiques nous apprennent que la nature procède avec plus de lenteur dans le travail de l'ossification; c'est par le centre de l'os que l'ossification commence, et, dans ce cas supposé, la production se serait faite par la circonférence!

Ferrand parle en observateur qui a vu des hernies du cerveau, mais qui n'a pas connu les tumeurs qui nous occupent: car s'il les avait connues, il n'aurait pas été étonné de cette prompte ossification. L'os est déjà formé sous ces tumeurs; seulement il est arrêté dans son développement, et lorsque la tumeur est, pendant quelque temps, demeurée stationnaire, le travail de la résorption commence; il est très actif à cet âge; aussi, lorsqu'une fois il s'est déclaré, la tumeur diminue rapidement; mais le travail d'ossification n'est pas moins actif, et le cercle osseux diminuant avec la tumeur et dans la même proportion qu'elle, la presse à mesure qu'elle s'efface, et chasse, pour ainsi dire, vers son centre, ce qui en reste encore.

Cette observation de *Ledran* nous montre qu'on peut encore prendre cette tumeur pour un anévrisme faux. D'après ce que j'ai dit plus haut, on peut voir que je suis porté à regarder le céphalœmatome comme un anévrisme faux produit par la rupture d'une artère, mais d'une artère qui, par sa position, se trouve en peu de jours oblitérée par les soins de la nature. Mais il est un autre anévrisme faux, qui pourrait être formé par la rupture d'une artère des tégumens; alors la pression mécanique, que j'ai signalée comme tarissant la source du sang, n'existant pas, la tumeur prendrait chaque jour de nouveaux accroissemens, et serait par là suffisamment différenciée des tumeurs qui nous occupent. Si on parvenait à arrêter l'écoulement du sang par un moyen quelconque, alors la tumeur serait un véritable céphalœmatome, pourvu toutefois qu'elle fût située entre le péricrâne et le crâne.

Ce que j'ai dit en commençant cette dissertation, sur les caractères de la tumeur qui survient après un accouchement laborieux, suffit, je pense, pour empêcher de la confondre avec le céphalœmatome; je n'y reviendrai donc pas. Mais il existe une autre espèce de tumeur sanguine, sur laquelle je ne trouve que deux observations, que je crois devoir consigner ici: la première appartient à *Busch*. Il rencontra une tumeur sur la partie postérieure de la tête d'un enfant mort, probablement, dit-il, plusieurs jours avant l'accouchement, et sur la tête duquel de violentes tractions faites avec le forceps avaient été nécessaires. Cette tumeur ayant été ouverte, on vit qu'elle contenait du sang veineux, et qu'*elle communiquait avec le sinus* longitudinal supérieur. Le second cas a été observé par *Flint*, qui trouva aussi sur l'occipital d'un enfant, né depuis plusieurs jours, une tumeur assez considérable. Il l'ouvrit; elle contenait du sang veineux, qui s'écoula en si grand quantité que l'enfant périt d'hémorrhagie. Cette tumeur *communiquait encore avec le sinus* longitudinal. Ces observations de deux faits assez rares ont été trop peu détaillés par Busch et Flint, pour qu'il me soit permis de les comparer avec le céphalœmatome; seulement je dirai que, communiquant avec les sinus, une compression méthodique devait les faire disparaître, et ne déterminer aucun symptôme du côté du cerveau: caractères qui seuls suffiraient pour les distinguer et du céphalœmatome et de la hernie du cerveau.

Quant à l'hydrocéphale, les caractères différentiels étant, à peu de chose près, ceux de la hernie du cerveau, je crois inutile d'en parler ici.

Arrivons enfin aux terminaison et traitement de cette affection.

Un homme d'une expérience rare a dit: « Sans ces épan- » chemens sanguins, à l'extérieur du crâne, tous ces enfans » eussent pu être victimes, comme bien d'autres, de l'en- » gorgement ou de la rupture des vaisseaux du cerveau. » Que *Boudeloque* ait voulu parler ici des céphalœmatomes ou de tout autre épanchement sanguin, je dirai avec lui que ces épanchemens peuvent, dans certains cas de pléthore, être une dérivation salutaire, mais j'ajoute qu'une fois le but rempli, il faut chercher à prévenir les effets nuisibles auxquels ce sang épanché pourrait donner lieu. Souvent, il est vrai, la nature prévoyante se charge d'opérer elle-même la cure radicale, et dans ces cas, l'art ne doit avoir pour but que de la seconder dans ses opérations. Mais souvent aussi la nature est affaiblie, souvent les efforts qu'elle a faits ont épuisé ses forces, et alors l'art doit chercher à les lui rendre, et quelquefois à les suppléer complètement.

Lorsque la tumeur a acquis tout son développement, ses battemens cessent, la fluctuation qu'elle offrait manifestement diminue peu à peu, et au bout de quelques jours la résorption commence; parfois cette résorption est si active que quelques jours suffisent pour faire disparaître des tumeurs très volumineuses.

Le docteur *Nebel*, praticien à Manheim, fut appelé près d'un enfant de quatorze jours, qui portait à la tête une tumeur sanguine du volume d'un œuf d'oie: cette tumeur qui s'était manifestée deux jours après la naissance, près de l'angle antérieur et supérieur du pariétal, était entourée d'un cercle osseux un peu saillant; sa fluctuation était très sensible, la peau qui la recouvrait était sans aucun changement; la pression qu'on exerçait sur elle ne changeait pas son volume et ne donnait lieu à aucun accident fâcheux: dès lors, dit-il, la nature de la tumeur me fut connue: des fomentations aromatiques suffirent pour faire, en *huit jours*, disparaître toute la tumeur. *Nebel* ajoute qu'il ne doit pas oublier de dire que l'accouchement avait été des plus faciles et des plus prompts.

Un cas semblable fut observé par le docteur Bils à Carlsruhe, et en peu de jours la tumeur disparut sous l'influence d'applications résolutives.

Le docteur Castaing dit lui-même qu'il fut tenté, au premier abord, de prendre une de ces tumeurs pour une hernie du cerveau, chez un enfant qui lui fut conduit quatre semaines après sa naissance; mais que cette tumeur ayant été bien examinée, il en reconnut la nature, et que des applications de compresses trempées dans une infusion d'herbes aromatiques, à laquelle il avait ajouté du vin, suffirent pour résoudre la tumeur en très peu de jours.

Wigaud rapporte qu'il remarqua chez un enfant venu au monde par un accouchement très facile, un céphalœmatome sur chacun des pariétaux: sous l'influence d'applications résolutives; celui du côté droit disparut en six semaines, celui du côté gauche en sept seulement.

Le docteur Zipp fut appelé près d'un enfant âgé de quatorze jours, qui portait sur le pariétal gauche un céphalœmatome gros comme le poing d'un adulte. Cette tumeur, qui avait été aperçue le jour de la naissance de l'enfant, et pendant qu'on le baptisait, augmenta de jour en jour; l'enfant se portait bien du reste; sa mère était saine; l'accouchement avait été très facile. Des frictions furent faites, soir

et matin, avec des substances aromatiques, et au bout de quatre semaines la tumeur avait disparu.

Mais une médication aussi courte, aussi facile, est loin de réussir dans tous les cas, et souvent on perd, en attendant vainement une guérison que certaines observations mettent en droit d'espérer, un temps précieux, pendant lequel le sang, cessant d'être inoffensif, produit dans l'économie des désordres plus ou moins graves.

Parmi sept cas de céphalœmatomes rapportée de *Beyerle*, six furent guéris en quelques jours, par des fomentations aromatiques et vineuses; dans le septième cas, la tumeur était située sur le pariétal droit; son volume était celui d'un œuf de poule divisé selon son grand diamètre. Les remèdes qui avaient réussi dans les cas précédens furent vainement mis en usage; on ajouta la fleur d'arnica aux infusions aromatiques, mais la tumeur ne diminua ni de tension ni d'étendue. On fit une incision à la tumeur : il en sortit environ une once et demie d'un sang noir et coagulé. L'os, bien examiné, fut trouvé inégal et carié; des injections d'essence de myrrhe, des plumasseaux trempés dans du vin rouge, furent, pendant quelques jours, introduits dans la plaie; bientôt un œdème survint à la face, mais disparut en peu de jours. Sous l'influence de ces remèdes, la carie disparut en quatorze jours; un pansement sec remplaça celui qui jusqu'alors avait été mis en usage, et la guérison ne se fit pas attendre plus de huit jours.

Dans les sept cas rapportés par *Beyerle*, l'accouchement avait été des plus faciles.

Jacob *Braun* rapporte que, appelé près d'un enfant de trois jours, il trouva un céphalœmatome situé sur le pariétal du côté droit. Pendant plusieurs jours il sollicita la résolution par des applications résolutives, aromatiques, vineuses, mais il ne put atteindre le but qu'il s'était proposé. Enfin, ces remèdes ayant échoué, il eut recours à l'incision; elle fut pratiquée; un sang noir et grumeleux en sortit : il ne reconnut point de carie; mais l'enfant était faible, et Braun pensa qu'il n'arriverait pas à guérison. La plaie fut pansée. L'enfant se porta assez bien pendant quelques jours; mais bientôt il fut pris de fièvre hectique, et succomba le trente-deuxième jour. L'autopsie ne fit point apercevoir de carie à l'os, seulement çà et là quelques points nécrosés.

Zeller raconte qu'une fille vint au monde portant sur le pariétal gauche un tumeur sanguine assez volumineuse; que le chirurgien appelé méconnut la nature du mal, l'abandonna aux seuls efforts de la nature; que la tumeur persista, s'altéra, devint douloureuse; que l'état général devint fâcheux, et que, quelques semaines après, la malade mourut. A l'autopsie, on reconnut que l'os était ulcéré, carié, l'os pariétal criblé de petits trous qui le perforaient dans toute son épaisseur.

On voit donc que souvent on espère en vain la résolution de ces tumeurs, et que le temps qu'on a perdu en l'attendant a quelquefois eu des effets funestes sur l'économie; aussi quelques praticiens ont-ils conseillé d'ouvrir ces tumeurs, dès que leur nature aurait été bien connue; mais il est arrivé plusieurs fois que ces ouvertures donnaient issue à du sang artériel qui, sortant en plus ou moins grande quantité, auroit pu compromettre la vie de l'enfant, si la compression n'avait été mise en usage. Enfin, c'est pour éviter les inconvéniens attachés à l'une et à l'autre de ces manières d'agir, que le Nestor de la chirurgie italienne, *Paletta*, a conseillé d'employer les résolutifs ou les aromatiques, à partir du moment où les pulsations cessaient, et si au bout de cinq ou six jours de ces applications, on n'apercevait aucun changement dans le volume de la tumeur, d'avoir recours à l'incision : c'est le conseil que l'on suit généralement aujourd'hui en Allemagne.

« Une femme, âgée de vingt-trois ans, d'une bonne santé, robuste, enceinte pour la seconde fois, accoucha d'un enfant bien portant, bien nourri. Cet enfant s'était présenté la tête la première; l'accouchement fut prompt et facile. Dès le premier jour de la naissance, on remarqua sur le pariétal droit une tumeur fluctuante, sans douleur, sans coloration à la peau, et qui recouvrait la presque totalité de l'os; elle avait 8 pouces et demi de circonférence et 1 pouce d'élévation. Pendant les premiers jours qui suivirent la naissance, la tumeur augmenta graduellement, des fomentations aromatico-vineuses furent vainement employées pendant sept jours; le cercle osseux qu'on rencontre ordinairement n'était apparent que vers le bord inférieur de la tumeur; le huitième jour, une incision fut pratiquée; du sang noir, en partie liquide et en partie coagulé, s'échappa en grande abondance; le crâne fut trouvé, dans une grande étendue, dépouillé de son périoste, mais nullement altéré. La plaie fut pansée simplement; vingt-quatre heures après l'incision, un liquide légèrement coloré s'échappait des bords de la plaie, et dix jours après, la guérison était complète. Pendant et après le traitement l'enfant a joui de la plus parfaite santé. »

J'ai encore vingt-trois observations analogues à celle-là, que j'emprunte à Zeller; je ne les rapporte pas ici, dans la crainte d'être trop long. Dans tous ces cas les enfans ont été traités par l'incision, et tous ont guéri.

J'ai dit plus haut qu'on avait fait, dans l'intérieur de ces tumeurs, des injections stimulantes; le succès qu'on a obtenu au moyen de cette méthode m'oblige à rapporter ici une de ces observations. Mais quoique cette médication ait été mise en usage par un homme qui fait autorité dans les sciences, je me garderai bien de la recommander; et cependant le respect que j'ai pour l'illustre professeur qui, le premier, l'a employée, me fait un devoir de ne pas critiquer.

Fréd. Lobstein fut appelé près d'un enfant qui était né portant sur le pariétal droit une tumeur du volume d'un œuf de poule. Sa base était entourée d'un cercle dur, saillant, analogue à celui qu'on rencontre dans les fractures du crâne avec enfoncement. Des applications résolutives ayant été vainement employées, la tumeur fut ouverte avec le bistouri; du sang noir sortit en assez grande abondance, et l'os qui fut examiné avec soin était dénudé, mais ni raboteux ni carié. L'adhérence des tégumens au crâne se faisant trop lentement, des injections stimulantes furent faites, une légère pression fut exercée, et l'enfant guérit parfaitement et en très peu de jours. Lobstein ajoute que pendant la grossesse, la mère s'était constamment bien portée; qu'elle n'avait reçu aucun coup, et que l'accouchement avait été des plus heureux.

Je ne saurais passer sous silence un fait qui a été observé

par le professeur *Chelius*, et qui, je crois, est unique dans l'histoire de ces tumeurs. Il a vu le péricrâne qui recouvrait une tumeur de ce genre s'ossifier; la tumeur offrait alors une crépitation particulière, ressemblant en tout à celle qu'on trouve dans certaines tumeurs du sinus maxillaire, et sur laquelle M. Dupuytren a appelé l'attention des praticiens.

En publiant ce Mémoire, j'ai voulu uniquement fixer l'attention du lecteur sur une affection qui a été presque constamment confondue avec d'autres, et donner les caractères qui peuvent la faire reconnaitre. Je ne sais si j'atteindrai le but que je me suis proposé; mais, si je ne puis réussir l'intention me servira d'excuse : réussi, j'ai voulu être utile.

VOYAGE MÉDICAL AUTOUR DU MONDE FAIT EN 1830, 1831 ET 1832 PAR LA CORVETTE LA FAVORITE,

Commandée par M. Laplace, capitaine de frégate.

Résultats de ce voyage sous le double rapport de la médecine et de l'histoire naturelle.

Aux premières expéditions maritimes, des hommes spéciaux, des naturalistes avaient été envoyés, pour que les intérêts de l'histoire naturelle y fussent aussi représentés, et que celle-ci pût s'enrichir des produits de toute nature des régions lointaines et jusqu'alors peu connues : c'est ce qui eut lieu particulièrement au voyage de Baudin. Mais une triste expérience ne tarda pas à prouver que cette innovation, louable sans doute et bonne en apparence, pouvait néanmoins devenir la source d'inconvéniens graves, et propres mêmes à compromettre à la fois la sûreté et les avantages des expéditions de ce genre. Les naturalistes en effet, dont les droits n'avaient pu être bien spécifiés, se croyant d'ailleurs en dehors de la loi commune de l'obéissance, opposaient souvent leur autorité à celle des officiers, et de là des contestations souvent violentes, toujours dangereuses. D'un autre côté, ces naturalistes, quoique généralement assez modestes, étaient loin de donner pour rien leurs peines et leurs recherches, et partant, les dépenses de l'État s'en trouvaient singulièrement augmentées. Ces deux considérations majeures déterminèrent Freycinet à solliciter du gouvernement une innovation qui devait parer à tous ces inconvéniens, c'est de charger les officiers de santé des vaisseaux des recherches des objets d'histoire naturelle, se fondant avec raison sur cette double considération, que ces officiers, habitués à la hiérarchie du commandement, ne se mettraient jamais en opposition directe avec l'autorité du chef, et que, du reste, leurs études spéciales de l'histoire naturelle les mettrait à même, tout en s'occupant de la santé de l'équipage, de remplir dignement cette autre partie importante de leur mission.

L'administration de la marine accueillit donc cette modification, qui simplifiait si heureusement les voyages scientifiques; et, soit dit en passant, elle n'eut qu'à s'en applaudir. Il suffit pour cela de se rappeler les travaux importans, d'abord de MM. Quoy et Gaymard, et plus tard ceux de MM. Lesson et Gamot. Enfin, poussant plus loin encore les conséquences de cette première amélioration, l'administration a eu la bonne idée d'imposer aux officiers de santé, comme un de leurs devoirs les plus importans, le soin de recueillir dans tous leurs voyages, et quel qu'en fût d'ailleurs le but principal, tous les objets rares ou nouveaux, qu'ils jugeraient pouvoir être de quelque utilité à la science. Enfin, la marine marchande elle-même a suivi l'impulsion, et ses officiers de santé, rivalisant de zèle avec ceux de la marine de l'État, ont aussi fait fructifier ce généreux élan. A tel point que chaque jour l'histoire naturelle fait de nouvelles conquêtes; à tel point que nos musées, si pauvres et si dégarnis, étalent maintenant des richesses, qui, grâce à ce noble concours d'émulation, font notre gloire et l'admiration de l'étranger. C'est à peine si nos naturalistes les plus distingués peuvent se tenir au courant.

Par le fait de l'innovation dont je viens de parler, la question des voyages maritimes a pris, pour nous, un degré de spécialité qui doit nous y attacher de la manière la plus complète, quand déjà elle n'aurait pas, par elle-même, tout l'intérêt qui doit nous la rendre chère, puisque des médecins en sont chargés. On conçoit facilement que, même malgré eux, ils donneront à leurs recherches une direction particulière, qui ne peut manquer de nous toucher par quelques points. Notre art y trouvera toujours, il n'en faut pas douter, quelques découvertes utiles, quelques bénéfices à faire : le passé d'ailleurs est là comme garantie de l'avenir. Au surplus, ne serait-ce que par cette considération que ce sont des membres qui professent l'art que nous exerçons, ne serait-ce enfin que par un simple mouvement d'orgueil, nous ne pouvons rester indifférens aux résultats de toutes ces expéditions, qui se font de loin en loin dans les intérêts si précieux des sciences et des arts. Si c'est en effet à des médecins que l'histoire naturelle doit ses richesses et ses progrès ultérieurs, il en résultera toujours, n'en doutez pas, un reflet de gloire qui rejaillira tôt au tard sur le corps tout entier : à nous donc la tâche d'en faire ressortir tout le mérite; à nous la publicité de toutes ces recherches; à la presse, dépôt fidèle de toutes les découvertes utiles, le soin de les recueillir et de les propager. C'est assez dire qu'à l'avenir nous nous ferons un devoir de tenir nos lecteurs au courant de tout ce qui se fera dans cette direction. Ce sera, du reste, une sorte de satisfaction, accordée, à bien juste titre, aux sacrifices, au savoir et aux périlleuses labeurs de jeunes médecins, habitués à toute espèce de dévouement.

Je saisis donc avec empressement une occasion favorable d'entretenir nos lecteurs du dernier voyage scientifique qui a été fait autour du monde, par la corvette la Favorite, commandée par M. Laplace. Faute de détails certains, notre Journal n'en avait pas encore rendu compte; mais nous nous hâtons aujourd'hui de réparer cette omission, et cela d'autant mieux que nous avons toute facilité de le faire convenablement, grâce à M. Eydoux, médecin en chef de

l'expédition, qui a bien voulu nous livrer le répertoire de ce voyage intéressant et les manuscrits renfermant ses recherches et ses observations particulières. Avant tout, nous ne saurions trop le remercier de sa confiance et de sa générosité.

M. Eydoux est non-seulement un médecin habile et consciencieux, mais encore un ami éclairé des sciences et particulièrement de l'histoire naturelle, dont il a fait une étude constante et sérieuse : c'est d'ailleurs ce dont on se convaincra facilement en lisant ce qui va suivre. Aussi, pour être complet le plus possible, et pour donner une idée convenable des travaux de ce médecin, nous parlerons de son voyage sous le rapport et de la médecine et de l'histoire naturelle : seulement, restreints que nous sommes par les limites étroites qu'impose toujours un journal, nous serons forcés de nous en tenir presque à une sèche énumération, et de passer sous silence les réflexions judicieuses dont M. Eydoux a fait suivre chacune de ses recherches : mais cela suffira, je pense. D'ailleurs, nous espérons bien qu'il se déterminera à publier lui-même les résultats médicaux de ses nombreux voyages, et qu'il nous fournira ainsi l'occasion d'y revenir d'une manière plus complète et plus utile : c'est du moins le vœu que nous formons, dans l'intérêt de l'histoire naturelle, de la médecine et même de l'histoire morale et topographique des lieux inconnus qu'il a visités ; car M. Eydoux n'a rien négligé, et en passant nous ne pouvons que l'applaudir d'une ambition si louable et en apparence si prétentieuse : il a grandement prouvé qu'il n'avait pas trop présumé de ses forces et de sa sagacité. M. Eydoux est resté quelque temps dans l'Inde; c'est donc, si je puis ainsi dire, à sa source, dans sa patrie naturelle, que le redoutable fléau, qui naguère désolait une partie de l'Europe, a passé à l'observation du médecin dont nous parlons. Le triste souvenir qu'il nous a laissé est encore tout frais; les victimes qu'il a faites sont à peines refroidies : la question est donc encore, pour nous, toute palpitante d'intérêt; aussi ai-je pensé qu'il ne serait peut-être pas tout-à-fait inutile de comparer la marche que le choléra suit actuellement sur les bords du Gange, avec celle que nous avons observée ici : mais avant, disons deux mots des objets d'histoire naturelle que M. Eydoux a rapportés : nous serons aussi court que possible.

M. Eydoux n'a négligé aucune classe de la série animale. Qu'on en juge :

Les variétés de l'espèce humaine ont d'abord fixé particulièrement son attention : il a recueilli des crânes, et même des têtes tout entières, dans les différens lieux habités par des races plus ou moins distinctes : il a rapporté le crâne d'un Chinois supplicié à Macao, plusieurs crânes d'Indous de la côte de Coromandel, et plusieurs autres des habitans de la terre de Vandiemen : parmi ceux-ci, l'Institut a particulièrement remarqué une tête entière d'un chef de ces peuples, parfaitement conservée dans l'alcool, ce qui pourra permettre de l'examiner dans tous ses détails, et servir peut-être au système de Gall.

Parmi les mammifères, on remarque les crânes de la guenon doue, du tigre de Java, de la panthère noire, deux espèces de chauve-souris, dont une est considérée, par M. Geoffroy, comme devant former une coupe générique nouvelle : on trouve encore une civette de Mourane, ayant des glandes odoriférantes, comme celles de la civette ordinaire ; un jeune paradoxure, qui manquait à nos collections; un hydromis à ventre jaune, dont on ne possédait qu'un mauvais échantillon, et un jeune chinchilla entier, et conservé dans l'alcool.

M. Eydoux a encore enrichi d'un dasyure-maugé (sous-classe des didelphes) la collection du Muséum, qui n'en possédait qu'un mauvais exemple : il lui a fourni aussi un phalanger-renard, un voltigeur taguanoïde, une autre espèce du même genre, que M. Geoffroy regarde comme nouvelle; deux échidnés et deux ornithorynques, d'une taille bien supérieure à ceux que possède le Muséum : malheureusement, l'ornithorynque femelle rapportée est très jeune, et a été dépouillée de sa peau, en sorte qu'il n'est guère possible de le faire servir à résoudre la question de l'existence et de la nature des mamelles de ce genre d'animaux si intéressans, dont l'Académie des sciences s'est occupée dans une de ses dernières séances (1).

Dans la classe des oiseaux, M. Eydoux a rapporté une espèce curieuse d'aracate, remarquable par la singularité des plumes qui recouvrent la partie postérieure de sa tête, et qui manque à presque toutes les collections d'Europe. Il y a aussi un pétrel très singulier, et un manchot de petite taille.

Parmi les reptiles on remarque une espèce d'ayame, trois galéotes, des dragons, des geckos, des pythons, des couleuvres dendrophys, des trigonocéphales, des élaps, des pelmides, des chelydes ; et, parmi les amphibiens, un assez grand nombre de rainettes et de grenouilles, dont plusieurs nouvelles.

Parmi les poissons, une singulière espèce de syngnathe et un bel échantillon de gastro-branche de Bombey, etc. De plus, des insectes terrestres, beaucoup de crustacés, dont vingt-six espèces, au moins, semblent nouvelles. Dans la classe des vers, une espèce nouvelle et fort singulière de siponcle, une belle espèce d'amphinome des mers de Chine, une sabelle du Chili.

C'est surtout parmi les mollusques que M. Eydoux a fait un riche recueil. Parmi les coquilles, qui s'élèvent à plus de 1500, beaucoup sont conservées dans l'alcool avec les animaux, ce qui permettra de les étudier dans tous leurs détails. C'est particulièrement sous le rapport de cette classe que l'envoi offre de l'intérêt. Beaucoup d'espèces qu'il a apportées n'existent dans aucun cabinet de l'Europe.

Il a fait aussi une moisson brillante parmi les rayonnés : on remarque particulièrement parmi les échinodermaires, une holothurie des mers de Chine, un échinomètre singulier, cinq ou six espèces d'astéries nouvelles, une euryale épineuse très belle. Parmi les médullaires, une vitelle des mers de Chine, nouvelle, ainsi qu'une énorme porpite.

La botanique aussi a fixé l'attention de M. Eydoux : sous ce rapport encore le voyage est plein d'intérêt; mais nous sommes forcé, faute d'espace, de nous en tenir à cette

---

(1) Cet article était composé depuis longtemps ; l'abondance des matières nous avait obligé d'ajourner sa publication.

simple indication. Nous signalerons pourtant une nombreuse collection de graines de la Nouvelle-Zélande, et de grosses graines de la famille des légumineuses, qui, cuites sous la cendre, servent de nourriture aux habitans de ce pays. Quelques-unes de ces graines, appartenant à une plante dont on a fait le genre *castanos-spermum*, ayant été semées dans le jardin botanique de l'École de Marine de Toulon, ont parfaitement germé; en sorte que si la plante qui en proviendra vient à maturité, nous devrons, à l'expédition de la *Favorite*, l'introduction en Europe d'un nouvel et fort bon aliment.

Partie médicale. Encore ici, quoique à regret, nous nous voyons forcé de nous en tenir à une simple et sèche esquisse: nous suivrons pourtant pas à pas les diverses variations qu'à éprouvées la santé de l'équipage, en ayant soin de faire remarquer la physionomie particulière que prenaient ses maladies, suivant les conditions hygiéniques différentes dans lesquelles il s'est successivement trouvé, et aussi suivant les influences morales qui agitent tour-à-tour, et le plus souvent d'une manière si profonde et si variée, ces voyageurs intrépides, mais dont le courage est soumis à tant et à de si rudes épreuves.

A Gorée (Sénégal), l'équipage eut à éprouver des variations atmosphériques quotidiennes: le jour, la chaleur était étouffante; toute la nuit, un vent froid et violent soufflait; aussi la santé du vaisseau ne tarda pas à s'en ressentir, et presque toutes les personnes qui étaient à bord furent affectées de symptômes d'entérite. L'affection débutait la nuit; elle fut, du reste, très bénigne. M. Eydoux, qui en avait facilement deviné la cause, fit prendre à chacun des vêtemens de laine, pendant la nuit, et cette simple précaution hygiénique suffit pour concourir efficacement à diminuer le mal qui existait déjà, en même temps qu'elle en prévint le retour. M. Eydoux considère cette précaution comme très importante dans les régions inter-tropicales. On y observe, en effet, assez souvent des épidémies de dysenteries et de fièvres intermittentes, même pendant les plus fortes chaleurs et lorsque le thermomètre est à 44° + 0. Le plus ordinairement elles sont meurtrières. Il attribue en partie cette gravité à la monotonie désespérante et à la tristesse involontaire qu'éprouvent en général les marins, dans ces journées uniformes des tropiques, où le vent souffle constamment dans la même direction, où le ciel est toujours beau, où le navire parcourt toujours le même espace, et où les hommes, enfin, n'ont d'autre spectacle, pendant une longue série de jours, que celui du ciel et de la mer. Sur les côtes du Sénégal, il a eu à traiter plusieurs cas de rhumatismes articulaires, mais les antiphlogistiques en ont eu facilement raison.

A Maurice, il a été témoin d'une grave épidémie de coqueluche: peu d'enfans y ont échappé.

Avant d'arriver à la rade de Mahé, l'équipage eut à souffrir, pendant quelques jours, d'un temps humide, frais et pluvieux. Quinze cas de dysenterie en furent le résultat, mais cette affection fut peu grave; l'équipage reprit les habits de laine, et pas un ne succomba. Nous dirons plus loin le traitement que M. Eydoux a employé avec le plus grand succès, pendant les fréquentes épidémies de ce genre qu'il a eu à combattre.

La dysenterie et le choléra, ces deux redoutables fléaux de l'Inde, s'offrent rarement à Pondichéry d'une manière un peu grave. En 1829, on y observa une épidémie; presque toute la population en fut atteinte, mais peu en moururent. L'opium fut le principal remède qu'on employa contre le choléra, et les antiphlogistiques contre la dysenterie. Quand ces deux maladies y font des victimes, c'est particulièrement parmi les naturels, qui s'y nourrissent généralement assez mal, et qui, pour la plupart, sont enterrés dans des maisons étroites, sales, humides et mal aérées.

Sur la rade de Masulipatnam, le choléra se déclara, pour la première fois, sur *la Favorite;* deux élèves seulement en furent frappés. Les premiers symptômes furent violens, graves, mais le mal fut pris à temps, et les deux malades guérirent. Les principaux moyens que M. Eydoux employa furent: une potion opiacée et éthérée, administrée par doses fréquemment répétées; thé chaud à l'intérieur. Les malades furent frictionnés avec de l'oxicrat chaud, et enveloppés dans des couvertures de laine, également chaudes.

A Malacca, le climat est généralement malsain; il y règne une humidité constante, entretenue par des forêts immenses qui recouvrent presque entièrement cette presqu'île. La santé de l'équipage en fut sensiblement altérée; douze otites se déclarèrent en même temps; elles s'accompagnèrent de fièvre, de violent mal de tête, de douleurs vives, d'un écoulement de matières jaunâtres et fétides, de gonflement des parotides, etc. Les antiphlogistiques leur furent opposés avec avantage; plus tard, on appliqua un vésicatoire à la nuque, et en peu de temps il n'en resta plus de traces. Ce malheureux pays est chaque année désolé par une de ces affreuses épidémies, le choléra, la dysenterie ou les fièvres intermittentes pernicieuses; quelquefois par les trois à la la fois. *La Favorite* en fut quitte pour deux cas de choléra, qui, traités comme ceux de Masulipatnam, guérirent avec la même promptitude.

L'île de Syncapour est également très malsaine, ou du moins elle l'était avant qu'elle appartînt aux Anglais: mais, depuis qu'ils l'ont défrichée et cultivée, depuis, surtout, qu'ils ont desséché les marais qui y existaient avant eux, on n'y observe plus de ces épidémies de dysenterie et de fièvres typhoïdes qui, chaque année, décimalent la population. Une particularité encore assez remarquable, c'est que le choléra qui paraît annuellement à Malacca ne s'est jamais montré à Syncapour, et pourtant ces deux villes, si peu distantes l'une de l'autre, paraissent soumises aux mêmes influences atmosphériques. Les autres maladies leur sont d'ailleurs communes, et, à Syncapour comme à Malacca, les affections cutanées sont très fréquentes; on y observe aussi beaucoup de Malais lépreux: ceux-ci sont généralement peu vigoureux et d'une malpropreté remarquable. Les médecins ne peuvent rien contre cette maladie, et une fois déclarée, ils l'abandonnent à elle-même. Le plus souvent ses progrès sont rapides et mortels.

Manille est encore une de ces villes marquées par le choléra, et pour lesquelles il semble avoir une prédilection particulière. En 1820, il y moissonna la moitié de la population, et pourtant la température y est égale; on n'y remarque aucune cause appréciable d'insalubrité, et le climat y paraît très sain. Lorsque *la Favorite* y a

séjourné, tout l'équipage, et toute la ville elle-même, ont été frappés d'une épidémie vraiment singulière. M. Eydoux, le premier, paya le tribut; mais, heureusement pour l'équipage, il en fut bientôt quitte. Voici quels étaient les principaux symptômes : invasion subite, brisement général, douleurs dans toutes les articulations, face rouge, animée, turgescente; tête, poitrine douloureuses; violens battemens des artères temporales; toux sèche et fréquente; bouche mauvaise; soif ardente; anorexie; pouls plein et précipité; peau sèche et chaude; constipation; chez quelquelques-uns, angine intense; chez d'autres, gastro-entérite; chez tous, grande et prompte prostration; la marche était, du reste, régulière : il y avait en général redoublement le deuxième jour, avec augmentation de la prostration; amélioration le troisième, et guérison du quatrième au cinquième. Chez quelques-uns, il y avait légère diarrhée. M. Eydoux opposa à cette épidémie les antiphlogistiques, les saignées locales et générales; pour tisane, une infusion légère de thé ou une décoction de riz; chez plusieurs, et vers la fin, des sudorifiques; chez le plus grand nombre, de simples boissons délayantes : bref, il n'eut qu'à se louer de ce traitement, car il ne perdit pas un seul malade.

Cependant, à terre, l'épidémie était bien autrement meurtrière; quarante à cinquante convois funèbres sortaient journellement de la ville. L'épouvante était générale, et la ville offrait l'aspect le plus affligeant. L'arsenal, le bureau des douanes, et tous les établissemens publics étaient fermés, les rues désertes, les maisons barricadées; dans quelques-unes, il n'y avait pas un seul habitant sur pied; les boutiques de quelques Chinois seulement étaient entr'ouvertes; la solitude régnait partout, excepté dans les hôpitaux et les églises. Les officiers de *la Favorite* entraient partout où ils croyaient trouver des habitans, pour les rassurer et les engager à suivre leur exemple pour le traitement; mais, superstitieux et frappés de terreur, ils écoutaient à peine, et n'en persistaient pas moins dans leurs premiers erremens. Les cloches, à chaque instant, sonnaient de nouveaux glas. On n'en sera pas étonné, si on veut remarquer que les Tagals et les Chinois, qui forment presque la totalité de la population, trompés par une apparence perfide de faiblesse et de prostration, s'imaginaient que, pour soutenir les forces défaillantes, il fallait gorger les malades des toniques les plus énergiques; que, pour combattre le défaut d'appétit, il était nécessaire de leur donner les alimens les plus salés et épicés, et qu'enfin, pour calmer l'ardeur qui les tourmentait, il n'y avait rien de mieux à faire qu'à leur administrer des bains froids. Qu'en présence de pareils résultats on médise encore, si on l'ose, de la médecine physiologique : d'un côté, un brownisme aveugle et empirique fait soixante victimes par jour; d'un autre côté, la médecine physiologique, prudemment dirigée, triomphe sur tous et donne à tous la santé. *Qui habent oculos videndi, videant.*

A l'occasion de cette épidémie, M. Eydoux fait une remarque assez intéressante; c'est qu'elle a régné, à différentes époques, sur toutes les mers de Chine, depuis Canton jusqu'à Java, et cela cependant dans un intervalle de 3 à 7 mois, car à l'arrivée de *la Favorite* à Sourabaya, en avril, elle sévissait sur la population de cette ville avec la même intensité qu'à Manille. Le même traitement incendiaire a été employé dans ces deux endroits.

Cette maladie ne fut que l'avant-coureur d'une plus grave encore, je veux dire le choléra. Le 15 septembre en effet un matelot en fut violemment atteint. Le début en fut spontané, foudroyant et sans cause appréciable. En peu d'instans le cortége des symptômes ordinaires à cette maladie fut aussi complet que possible : vomissemens, déjections spéciales, crampes générales. Lypothimie, absence du pouls, froid glacial, rien n'y manquait. Une potion de 60 gouttes de laudanum et 30 gouttes d'éther dans un liquide chaud furent administrées immédiatement au malade; frictions sur la peau avec l'oxycrat chaud et la teinture de cantharides; il fut enveloppé dans des couvertures de laine; sangsues à l'épigastre, à leur chute bain chaud; mais le malade ne put y rester que dix minutes; il y éprouvait des menaces de suffocation. Peu d'instans après, on répéta la potion précédente, les mêmes frictions furent continuées. Une heure après on crut remarquer de l'amélioration; les vomissemens diminuèrent, les crampes furent moins fréquentes et moins vives, le pouls renaissait un peu. La soif était ardente; on donna de la limonade végétale. Le lendemain, l'amélioration était encore bien plus sensible; la peau était chaude, le pouls élevé, pas de vomissemens, plus de crampes; seulement inquiétudes vagues aux jambes, selles rares, face épanouie, soif moins vive; les douleurs épigastriques persistent cependant; 16 sangsues, bain après, mais il eut le même résultat que le précédent, le malade ne put pas y rester, le mieux augmentait, dit M. Eydoux, à mesure que le sang coulait. Cependant vers le soir des symptômes cérébraux formidables se déclarèrent; saignées abondantes, sangsues, applications froides sur la tête, sinapismes et vésicatoires aux pieds; mais vains efforts! le mal l'emporta et le malade mourut. Les 120 gouttes de laudanum que M. Eydoux a administrées au malade en si peu de temps n'entrent-elles pour rien dans la violence de l'affection cérébrale qui a succédé? S'il avait eu recours plus tôt aux émissions sanguines locales, pense-t-il qu'il n'aurait pas conjuré ainsi une partie du mal et peut-être même prévenu le retentissement qui a eu lieu vers le cerveau.

Quoi qu'il en soit, des symptômes si effrayans et la promptitude de la terminaison fatale qui emporta ce premier malade jetèrent l'épouvante parmi ses compagnons. Ils étaient terrifiés : un heure après, un deuxième matelot fut frappé à son tour : le matin ce malheureux était descendu à terre, avait bu de l'eau-de-vie et mangé des bananes, ce qui est considéré comme mortel par les habitans, pendant l'existence d'une constitution épidémique un peu grave. Ce malade fut traité comme le précédent, mais à cette différence près que des sangsues en assez grand nombre lui furent appliquées dès le début et en même temps que les premières cuillerées de la potion mentionnée plus haut. Des symptômes, quoique très violens d'abord, ne tardèrent pas à s'amender, et tout alla pour le mieux. En peu de jours le malade fut parfaitement guéri.... Un navire américain (*la Sabine*), qui était mouillé près de *la Favorite* eut aussi, peu de temps après son arrivée, l'équipage atteint du choléra. Les premiers malades moururent

tous ; ils avaient été traités par un médecin anglais qui leur avait administré le calomel à hautes doses. Comme on le pense bien, grande fut la terreur parmi ceux qui restaient. Un officier et trois matelots ayant été pris en même temps firent appeler M. Eydoux : il employa le même traitement que sur *la Favorite* et 3 guérirent en très peu de temps : il en fut de même de 7 naturels du pays qu'il traita à terre ; mais pour ceux-ci il y eut une modification particulière pour les moyens externes. M. Eydoux s'étant aperçu que les frictions nécessitaient qu'on découvrît le malade et que cette manœuvre, tout en l'excitant d'un côté, tendait à le faire refroidir de l'autre, imagina de suppléer aux frictions par un moyen qui avait tous leurs avantages sans en avoir les inconvéniens : pour cela il enveloppait les malades de couvertures de laine, dans un local où la température était élevée, puis il les faisait arroser sans cesse d'oxycrat chaud.

M. Eydoux dans ses autopsies faites à la suite du choléra dit n'avoir jamais trouvé d'altération notable dans toute l'étendue du canal intestinal, et assure que les lésions matérielles principales lui ont paru exister au cerveau et à ses membranes.

Les habitans de Manille et des environs considèrent la sécheresse comme une des causes occasionelles du choléra : c'est en effet toujours, ou presque toujours, pendant des conditions atmosphériques de ce genre qu'on le voit éclater ; et ce qui semble le confirmer davantage dans cette opinion, c'est que cette meurtrière épidémie a disparu tout-à-coup à la suite d'un violent coup de vent qui amena une pluie abondante.

D'après des renseignemens que M. Eydoux a pris auprès des médecins de la colonie, il paraîtrait qu'eux aussi n'ont jamais trouvé de lésion du canal intestinal ; ils ne croient pas non plus à la contagion, et M. Eydoux est tout-à-fait de leur avis... Les médecins de Manille vantent beaucoup les opiacés : les Tagals font cesser les crampes d'une manière assez prompte, en serrant fortement les membres avec des feuilles d'abbaca ; ils font aussi avec avantage des frictions générales avec de l'eau-de-vie, dans laquelle ils ont fait macérer des fèves de Saint-Ignace réduites en poudre.

Sous le rapport hygiénique, les environs de Manille offrent une particularité assez remarquable : les champs immenses qui l'entourent sont constamment submergés par des étangs et des marais, et pourtant on n'y observe presque jamais de fièvres intermittentes, tandis qu'on en rencontre beaucoup et pendant presque toute l'année sur l'une des montagnes les plus élevées de ces parages et située à 10 ou 12 lieues de la ville. Le vent souffle probablement d'habitude dans cette direction.

Il est très rare de trouver à Manille des affections cutanées. M. Eydoux croit en trouver la raison dans l'usage fréquent que les habitans font des bains.

A son arrivé à Sourabaya (15 avril), *la Favorite* eut à souffrir d'une nouvelle atteinte de la première épidémie qu'elle éprouva à Manille ; cependant elle fut généralement moins meurtrière qu'aux Philippines, et elle sévit particulièrement sur les jeunes femmes et sur les enfans. C'est un phénomène assez extraordinaire que cette maladie ait parcouru, cette année, presque toutes les îles du grand Archipel d'Asie depuis le 23° parallèle nord, jusqu'au 8° parallèle sud. Partout où elle s'est montrée les naturels du pays en ont été plus maltraités que les Européens.

L'île de Bailly est couverte de forêts sauvages et très malsaines ; là vit un peuple barbare, reste dégénéré de la race javanaise primitive, de mœurs féroces et livré à des coutumes horribles : il est encore habitué aux sacrifices humains.

Le séjour sur toute la côte orientale de Java, et en général de toutes les îles qui gisent à l'est de cette immense surface, jusqu'à Tymor, est très dangereux pour la santé des Européens. Les navires des expéditions Baudin et Freycinet en ont fait la triste expérience. On y observe en effet presque toute l'année, et le choléra, et la dysenterie, et des épidémies de fièvres intermittentes les plus graves. Dans la baie de Ballambourang, port magnifique où les Anglais séduits par la beauté du climat, avaient fondé un vaste établissement pendant leur occupation des colonies hollandaises aux Indes orientales, ces trois fléaux y ont fait tant de ravages, que dans moins d'un an l'établissement tout entier avait disparu ; tous les colons y avaient péri. L'insalubrité y est produite probablement par des miasmes délétères qui s'élèvent des forêts voisines de Bally, ainsi que des terrains noyés qui bordent le détroit, et sont apportés sur la côte par les vents d'Est et S. E. qui soufflent constamment avec violence. La mauvaise qualité de l'eau y contribue aussi sans doute pour sa part ; car tous les marins qui en buvaient étaient sûrs d'être pris de coliques et de dévoiement. Il fait en outre tout le jour une chaleur étouffante dans ces parages, tandis que les nuits y sont toujours fraiches et humides.

La Favorite était condamnée à subir la funeste influence de ce dangereux climat ; et en effet, peu de temps après son arrivée, elle paya à son tour l'inévitable tribut. A Bazowangène il y avait déjà au poste 8 dysentériques et quelques entérites légères, mais ce n'était encore là qu'un premier début, qu'une sorte de qui vive jeté au milieu de l'équipage ; et en effet, en très peu de temps le nombre des malades grossit dans une proportion vraiment alarmante. Du 5 au 6 juin on comptait déjà 26 dysentériques et vers la fin du mois il y en avait 63 : l'encombrement était extrême. La marche de la maladie variait peu du reste. Cependant, à mesure que le nombre des malades augmentait, elle prenait une caractère plus sérieux et plus grave. Son développement était subit et généralement d'une violence peu commune : altération profonde de la face, affaissement rapide des forces, peau sèche et rude, douleurs abdominales très vives ; ténesme très fatigant ; selles sanguinolentes, d'un brun noirâtre, d'une odeur infecte, et presque continues ; parois abdominales fortement affaissées et comme collées à la colonne vertébrale ; pouls déprimé et accéléré ; soif ardente ; inquiétudes continuelles ; abattement extrême : tels étaient les principaux symptômes dont cette épidémie s'accompagnait : je dois ajouter que chez presque tous les malades il y avait complication de cystite, accompagnée d'émission très douloureuse des urines.

Le traitement antiphlogistique est celui dont M. Eydoux a retiré le plus d'avantages : les saignées générales et lo-

cales, suivant les cas, les ventouses scarifiées, les cataplasmes et les fomentations émollientes sur le ventre, les lavemens légèrement astringens et opiacés, les bains de siége, les frictions sèches sur la peau, les révulsifs sur les membres, à l'intérieur une décoction de riz gommée, un régime sévère au début, puis le bouillon de poule et les crèmes de riz; tels sont les divers moyens qui ont été mis en usage avec le plus de succès. Dans ce pays, les médecins, et particulièrement les Anglais, emploient beaucoup la rhubarbe, mais M. Eydoux assure n'en avoir jamais retiré aucun avantage marqué lorsque la maladie était bien confirmée. Il avoue cependant que lorsqu'on l'emploie au début, il n'est pas rare de lui voir produire du bien et faire avorter le mal.

L'encombrement, un air froid et humide après des chaleurs intenses et prolongées et peut être un germe particulier emporté de Java, pays essentiellement malsain, comme nous l'avons dit plus haut, telles sont les causes qui paraissent à M. Eydoux avoir le plus puissamment contribué au développement de ces graves dysenteries. C'était en vain qu'on cherchait à combattre l'humidité au moyen de réchauds entretenus constamment sur divers points du vaisseau; elle se renouvelait sans cesse et pénétrait tout. L'odeur qui s'exhalait de l'équipage était infecte et à peine palliée par de fréquentes fumigations aromatiques. D'un autre côté les marins allaient avec la plus grande répugnance aux chaises percées qu'on avait fait établir, parce qu'ils s'imaginaient qu'ils se communiquaient ainsi mutuellement la maladie. Aussi, malgré toutes les remontrances qu'on leur faisait à ce sujet, pendant la nuit ils montaient en chemise sur le pont pour y faire leurs besoins, ce qui certainement, attendu le froid qu'il y faisait alors, n'a pas peu contribué à agraver et à prolonger le mal. La frayeur dont l'équipage était frappé a eu également sa bonne part dans ce résultat : aussi, en peu de temps, 12 succombèrent, et probablement la mortalité aurait été bien plus grande si on eût tardé quelque temps encore à arriver à Hobart-Town où les malades purent recevoir des soins plus assidus et plus appropriés.

M. Scott, médecin en chef de la colonie, leur livra deux salles d'un petit hôpital destiné aux condamnés. 47 y furent déposés, dont 20 environ étaient atteints de la manière la plus grave. M. Scott ayant demandé à M. Eydoux l'autorisation d'en traiter 5, les fit passer à son service particulier, et leur administra le calomel uni à l'opium, assurant qu'il en avait retiré les plus grands avantages, dans des circonstances tout-à-fait semblables. Cependant cette fois ses espérances furent trompées, car deux moururent peu de jours après; un troisième les suivit bientôt, et les deux qui restaient étaient dans l'état le plus pitoyable, quand M. Eydoux les reprit sous sa direction : il parvint à les sauver, mais à grand'peine, par des vésicatoires promenés sur le ventre, des sinapismes, du thé à l'intérieur, des frictions sèches, des lavemens avec une décoction de camomille, etc.

M. Eydoux s'est, en général, très bien trouvé du traitement antiphlogistique, au début et vers la terminaison de la maladie; il a complété la guérison par des décoctions de quinquina et la rhubarbe unie au gingembre; mais il avoue qu'il n'a employé ces deux dernières substances, que parce que la pharmacie de la corvette ne possédait pas d'autres astringens plus convenables. Depuis le débarquement des malades à Hobart-Town, M. Eydoux n'a perdu aucun des siens.

A Vandiemen, le climat est très sain : les habitans y sont généralement robustes et vivent longtemps : il y a peu de maladies et jamais d'épidémies : la variole et la rougeole y sont encore inconnues : la coqueluche y a été importée, il y a environ quatre ans, par une jeune prisonnière, et, depuis cette époque, elle y fait de loin en loin des victimes. Cette particularité est des plus remarquables, et nous paraît résoudre complètement une question jusqu'ici demeurée en litige, je veux dire la contagion de cette maladie : je laisse aux anti-contagionistes le soin de commenter et d'expliquer, à leur sens, la difficulté que cette particularité peut soulever.

La syphilis est commune dans la Nouvelle-Hollande : les Zélandais la combattent avec succès par le jus d'une plante nommée *oava*, dont les Insulaires des îles des Amis font un si grand usage comme liqueur enivrante.

A Valparaiso, *la Favorite* rencontra une épidémie d'angine gangréneuse, que les habitans attribuaient à la sécheresse, mais que M. Eydoux explique mieux par des exhalaisons de marcs qui se trouvent dans les québradas (ou ravines) qui commençaient à se dessécher. Cette épidémie devint très meurtrière; mais la faute en fut sans doute au traitement incendiaire que les médecins employaient : ils donnaient les vomitifs et les purgatifs à toutes les périodes de la maladie. Du reste, la funeste action de ce traitement est prouvée par le résultat même de celui tout opposé qu'a employé M. Eydoux. L'épidémie ayant en effet gagné son équipage, il la combattit par un traitement antiphlogistique énergique, et il eut la satisfaction de ne perdre aucun de ses malades.

Tel est en substance le résultat scientifique du voyage de *la Favorite*.

Maintenant que nous avons rendu à M. Eydoux toute la justice qui lui est due, nous devrions peut-être, pour être complet, faire brièvement la contre-partie de ce rapport, et censurer avec la même conscience que nous avons mise à le louer, ce qui nous paraîtrait devoir être censuré; la matière ne manquerait pas : nous devrions, par exemple, lui faire des reproches sévères, pour n'avoir pas mieux profité de sa présence aux lieux mêmes où le choléra est né et pour ainsi dire acclimaté, pour en étudier avec fruit l'essence, et la nature des causes qui ont le plus d'influence sur son développement : or, M. Eydoux n'a rien fait, sur ce point, qui offre la plus petite importance : il s'est attaché aux symptômes, et voilà tout. Il n'a pas même pris la peine (chose qui lui était pourtant si facile) de s'enquérir, auprès des personnes compétentes de ces malheureux pays, de ce que leur expérience leur avait appris à ce sujet : au lieu de faits, il nous donne son opinion; il tranche hardiment les questions les plus délicates; rien ne l'embarrasse. Pour lui, la contagion et les lésions organiques, dans le choléra, ne sont que de pures chimères, et sur quoi se fonde-t-il? Sur quelques vagues rapports, sur quelques autopsies faites à la hâte et sans suite : c'est vraiment par

trop de légèreté. Nous lui demanderions également s'il comprend bien ce qu'il entend par astringent, et nous serions d'autant plus autorisé à en douter, qu'il nous apprend lui-même avoir donné la rhubarbe, *faute d'astringent plus convenable.* Nous l'attaquerions aussi sur quelques considérations générales qu'il a hasardées sur l'épidémie de Manille, sur l'abus qu'il fait parfois des opiacés; enfin, nous lui demanderions si son épidémie d'angines gangréneuses était bien réellement de cette nature, ou bien si ce n'était pas plutôt (ce qui est plus probable, d'après ce qu'il en dit lui-même) de simples angines pseudo-membraneuses, que M. Bretonneau a si bien décrites; et, à ce propos, nous lui conseillerions de revoir, si déjà il ne l'a lu, l'excellent traité de ce médecin. Mais cet examen critique nous mènerait beaucoup trop loin, et nous sommes forcé de nous en tenir à ces simples indications.

(ARNAL.)

JOURNAL

DE

MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES,

A L'USAGE DES MÉDECINS PRATICIENS.

SEPTEMBRE 1833.

Emploi du seigle ergoté dans le traitement des écoulemens leuchorrhéiques anciens et des gonorrhées chroniques.

M. le docteur Dufrenois, médecin à Paris, nous communique plusieurs observations qui tendraient à prouver que le seigle ergoté, que nous avons plusieurs fois préconisé pour favoriser les contractions de l'utérus, peut aussi être utilement employé dans le traitement des écoulemens leuchorrhéiques anciens et des gonorrhées chroniques.

Nous nous contenterons de rapporter ici deux des observations fournies par ce médecin, les autres offrant des résultats tout-à-fait analogues.

Première observation. Un homme âgé de vingt-sept ans, d'une forte constitution et d'un tempérament sanguin, après dix jours d'un coït impur, fut pris d'un écoulement abondant. Des bains, des saignées générales et locales, des boissons délayantes et un régime diététique calmèrent en peu de temps les symptômes inflammatoires, sans diminuer sensiblement l'écoulement. On eut ensuite recours aux divers astringens conseillés en pareilles circonstances, mais le tout sans succès.

L'écoulement datait déjà de cinq mois, lorsque M. Dufrenois vit pour la première fois le malade. La matière qui sortait du canal était épaisse et d'un blanc jaunâtre; les douleurs, presque nulles en urinant, devenaient plus vives pendant l'érection, et le malade avoua que le coït, auquel il se livrait de temps à autre, les augmentait encore. Le cachou, le sang-dragon, la gomme kino, le poivre cubèbe et le copahu lui avaient été tour-à-tour administrés sous diverses formes sans procurer une guérison complète.

Alors M. Dufrenois conseilla l'élixir suivant, préparé d'après le procédé de M. Toutain, pharmacien à Paris (rue Saint-André-des-Arcs.)

Seigle ergoté bien sec,	quatre gros;
Alcool à vingt-cinq degrés,	quatre onces;
Sucre blanc,	quatre onces;
Essence de menthe anglaise,	quatre gouttes;
Eau pure,	q. suf.

Réduisez en poudre le seigle ergoté, faites-le macérer pendant quarante-huit heures dans l'alcool, filtrez et mettez de côté la teinture obtenue.

Prenez le résidu resté sur le filtre, faites-le bouillir à deux reprises dans cinq à six onces d'eau; passez; réunissez ensuite les colatures, réduisez-les à huit onces par évaporation au bain-marie, faites-y fondre le sucre, et laissez refroidir; alors ajoutez la teinture alcoolique, aromatisez avec l'essence de menthe, mélangez, filtrez et conservez pour l'usage.

Une once de cet élixir représente dix-huit grains de seigle ergoté. A prendre trois cuillerées par jour (1).

Au bout de huit jours, l'écoulement était déjà moins

(1) M. Boequet, médecin à Paris, assure aussi avoir guéri plusieurs blennorrhagies anciennes avec le seigle ergoté préparé d'après le procédé d'un autre pharmacien, M. Hébert (galerie Véro-Dodat):

Seigle ergoté réduit en poudre,	quatre onces;
Badiane,	demi-once;
Alcool à trente-trois degrés,	une livre;
Sucre blanc,	demi-livre;
Eau commune,	q. s.

Faire macérer pendant quatre jours, dans l'alcool, le seigle ergoté et la badiane réduits en poudre, passer avec expression, prendre le résidu resté sur le filtre, le faire bouillir dans une livre et demie d'eau, jusqu'à réduction d'une

abondant, et les érections moins douloureuses. Vers le quinzième jour, il disparut complètement, pour ne plus revenir.

Deuxième observation. Mademoiselle C...., couturière, âgée de vingt-six ans, d'un tempérament lymphatique, ayant eu plusieurs écoulemens dont la nature pouvait être regardée comme suspecte, consulta plusieurs médecins et n'obtint qu'une guérison passagère des divers agens thérapeutiques qui furent mis en usage, tels que pilules astringentes, lotions et injections avec le sulfate d'alumine et de potasse.

Le même élixir fut conseillé à cette malade, qui au bout de cinq jours en éprouva un mieux notable, et douze jours de l'emploi de ce remède amenèrent une guérison parfaite.

Ce médicament aurait sur beaucoup d'autres astringens l'avantage immense de n'être aucunement désagréable au goût.

Il est à observer qu'on ne doit jamais l'administrer qu'après avoir combattu les symptômes inflammatoires.

M. le docteur Dufrenois assure avoir employé le seigle ergoté ainsi préparé sur plus de vingt sujets, et en avoir constamment obtenu des succès marqués. Jamais il ne lui a paru porter atteinte à la santé en général; seulement deux malades ont éprouvé, dans les premiers jours de son emploi, des engourdissemens et de légères douleurs qu'ils rapportaient à la partie interne des cuisses. Néanmoins, ne voulant pas attacher à ce médicament plus d'importance qu'il n'en mérite, M. Dufrenois désire qu'il soit étudié de nouveau par ses confrères, et les engage à répéter ces expériences, qui sont bien certainement sans danger pour les malades.

—

Considérations pratiques sur quelques déplacemens de la matrice et les pessaires les plus convenables pour y remédier.

On trouve dans le second volume des *Mémoires de l'Académie royale de Médecine*, quelques observations pratiques publiées par M. Hervez de Chegoin.

Une femme de vingt-quatre ans s'aperçut, quelques semaines après un second accouchement, de quelques accidens du côté de la matrice; son médecin reconnut une rétroversion de cet organe, mais quoiqu'il appliquât un pessaire d'une forme nouvelle qui pût s'adapter à la conformation particulière du bassin, les douleurs continuèrent à se faire sentir, et la femme était obligée de garder le lit. M. Hervez de Chegoin reconnut alors que le corps de la matrice était renversé de manière que sa face postérieure était devenue inférieure et même un peu inclinée en devant, que le corps et le col de l'utérus étaient gonflés et douloureux à la pression; mais il remarqua en même temps que la concavité du sacrum était beaucoup plus profonde que chez les autres femmes. Il fallait donc imaginer, pour maintenir la matrice, un pessaire qui s'opposât à ce qu'elle se logeât dans cette concavité insolite. M. Hervez de Chegoin pensa qu'une bouteille de gomme élastique du commerce, toute simple, assez grosse, assez bombée en arrière et terminée par un col qui, restant à l'entrée du vagin, l'empêcherait de chavirer, remplirait parfaitement cette indication et offrirait l'avantage de soutenir le corps de l'utérus sans embrasser son col, et par conséquent sans fatiguer cette partie, qui est la plus susceptible d'inflammation, et sans s'opposer à la conception.

Cette bouteille, ainsi introduite, a remédié à tous les accidens, et au bout de quelques jours la malade put rester debout et marcher toute la journée sans éprouver de douleurs. Deux ans se sont écoulés depuis cette époque, sans que la rétroversion se soit reproduite. Cependant l'auteur insiste sur quelques particularités qui sont importantes pour la pratique.

Ainsi, avant de réduire la matrice et d'appliquer le pessaire, il commença par dissiper le gonflement et la sensibilité dont elle était le siége, par des ventouses scarifiées sur la région lombaire; puis, après avoir remis l'organe en place, non sans quelques difficultés, il fit l'application de ce pessaire d'une nouvelle espèce.

Depuis cette époque, plusieurs fois la malade a essayé de retirer ce corps étranger et de s'en passer, mais les douleurs qui ont reparu ont toujours forcé d'en continuer l'usage. Ces douleurs se sont même manifestées quelquefois sans qu'on eût retiré le pessaire; mais on a reconnu qu'elles tenaient à ce que cet instrument s'était affaibli, et elles disparurent promptement lorsqu'on lui donna de la consistance en le remplissant avec un moule de liége bien léger et vide à son centre. Il a fallu aussi que le col de la bouteille qui s'engage dans le vagin offrît quelque solidité pour l'empêcher de chavirer, ce que l'on a obtenu en le remplissant de laine ou de liége.

Cette bouteille a donc parfaitement réussi dans cette circonstance; mais son principal avantage, suivant M. Hervez de Chegoin, est de soutenir le corps de la matrice en laissant le col parfaitement libre, ainsi que nous l'avons fait observer plus haut; aussi le pessaire dont ce médecin se sert habituellement est-il construit à l'effet de laisser l'orifice utérin exempt de toute pression.

Ce pessaire prend son point d'appui en arrière, à l'union du corps avec le col de la matrice. C'est un cercle plat, une espèce d'horizon sur lequel s'appuie le corps de la matrice, tandis que son col, transversant l'ouverture qu'il présente, est maintenu au centre du vagin, sans irritation et sans fatigue. Le bord de sa circonférence est beaucoup plus large en arrière qu'en avant, soit qu'il s'agisse d'une rétroversion ou d'une antéversion. Cet instrument est terminé par une tige mince et plate, à bords arrondis, et laissant libre ainsi en partie l'entrée du vagin.

Ce pessaire est en ivoire, mais on pourrait le faire en gomme élastique pure, soutenue en dedans par un ressort.

Lorsque l'entrée du vagin est très étroite, M. Hervez de Chegoin se sert quelquefois d'un pessaire qui a quelque analogie avec celui de M. J. Cloquet, mais qui en diffère en ce

---

livre, passer, réduire en cendres, dans une marmite de fer, le résidu, le laver de nouveau avec la décoction, filtrer à travers un papier gris, faire ensuite fondre le sucre dans la liqueur obtenue, ajouter celle-ci à la teinture alcoolique, agiter le mélange, et conserver pour l'usage.

De trois à quatre cuillerées par jour.

qu'au lieu de recevoir le col de la matrice à sa partie supérieure sur une surface large, il est échancré au contraire pour laisser passer le col en avant et n'appuyer que le corps même de l'utérus, et qu'il se termine par une saillie qui dépasse un peu l'orifice du vagin et qui donne attache à des liens qui le maintiennent en place. Mais les femmes préfèrent en général de beaucoup ceux qui sont entièrement renfermés dans le canal vulvo-utérin.

L'auteur du mémoire fait observer que souvent chez les femmes, et même chez les filles, il existe un léger degré d'antéversion, une legère inclinaison du col en arrière qui suffit pour déterminer un malaise, une fatigue, une pesanteur insupportables dans la région de l'utérus. Le pessaire en cercle peut s'employer dans ces cas avec beaucoup d'avantage. Mais il faut examiner les femmes debout et à plusieurs reprises, et en avoir visité un grand nombre pour reconnaître cette position de la matrice.

Les déviations de l'utérus en avant ou en arrière sont presque toujours accompagnées d'un abaissement plus ou moins grand dans cet organe, et qu'il est fort important de remarquer.

Une dame offrait depuis douze ans tous les symptômes d'un déplacement de la matrice auquel on n'avait pas songé, parce que les accidens avaient commencé à se manifester à une époque où ces déplacemens s'observent fort rarement. Quoi qu'il en soit, elle était âgée de vingt-huit ans lorsqu'elle fut visitée par M. Hervez de Chegoin. Quand on la touchait couchée, on n'apercevait aucune trace de déplacement; mais lorsqu'elle était debout, le col était tellement déjeté en arrière que sa face postérieure disparaissait complètement. Le pessaire cylindrique échancré fut employé et fit cesser les douleurs; mais, au bout d'un certain temps, il finit par se rapprocher de la vulve, et les douleurs reparurent. Il fallut employer un second pessaire plus élevé qui soutînt plus complètement la matrice.

M. Hervez de Chegoin termine son mémoire en faisant observer que les pessaires à tige avec une cuvette ne s'opposent point d'une manière invincible à l'antéversion ou à la rétroversion, parce que le poids des organes placés au-dessus fait basculer l'utérus et ramène le déplacement lorsque l'instrument ne le soutient pas autrement que par le col. En augmentant l'épaisseur de la circonférence du pessaire en arrière, on remédie à cet inconvénient, et de plus le pessaire ainsi construit ne tiraille en aucune manière le col de la matrice.

—

Observation et Considérations pratiques sur le traitement du prurigo.

Dans la séance du 6 juin 1833, la société de Médecine pratique a entendu une observation communiquée par M. Moncourier, et qui mérite de fixer l'attention des praticiens.

Ce médecin fut appelé près d'une dame enceinte de trois mois, qui, après un accès de colère, avait été atteinte d'un prurigo universel. Il n'y avait pas un point de la surface du corps qui ne présentât des plaques de l'étendue de quelques lignes accompagnées d'un prurit insupportable. Les saignées, les boissons mucilagineuses et les bains semblèrent seulement augmenter les accidens. Cette malade, horriblement tourmentée par la cuisson et la démangeaison, s'avisa de mettre une demi-cuillerée à café d'eau de Cologne dans un verre d'eau sucrée et de l'avaler, espérant se procurer quelque soulagement. Effectivement, le sommeil survint presque aussitôt après l'ingestion de cette boisson, et au moment du réveil, il n'y avait plus ni rougeur ni gonflement de la peau; à peine restait-il quelque démangeaison. Le même moyen fut employé de nouveau, et dès le soir même la malade était complètement guérie.

M. Moncourier a assuré avoir employé l'eau de Cologne dans un cas semblable avec un succès aussi prompt.

Réflexions. Le prurigo est, comme on le sait, une affection de la peau extrêmement pénible pour les malades, et rebelle à la plupart des moyens que l'art emploie pour la combattre; il consiste dans une éruption de papules plus ou moins larges et saillantes, mais constamment accompagnées d'un prurit insupportable, d'une démangeaison, d'un sentiment de brûlure qui en font le principal caractère. Rarement le prurigo envahit toute la surface du corps; le plus souvent il se borne au dos, aux épaules et à la partie postérieure des bras. Ce siége des papules et le prurit insupportable qu'elles causent suffiraient pour distinguer le prurigo de la gale, avec laquelle il a quelque analogie, lorsque dans les deux maladies les ongles ayant déchiré le sommet des boutons, ceux-ci se recouvrent d'une petite croûte noirâtre, qui change entièrement l'aspect de l'éruption. Voici le traitement que suit M. Blett à l'hôpital Saint-Louis.

Le malade doit être mis à un régime convenable, si sa constitution est détériorée, ce qui arrive assez fréquemment chez les gens du peuple, qui ne viennent à l'hôpital que lorsque le mal est ancien; on cherche à relever les forces par une nourriture succulente où l'usage du lait si les organes digestifs sont en mauvais état. La saignée n'est guère utile que chez les sujets jeunes et vigoureux.

Les bains, les boissons et quelquefois les onctions constituent tout le traitement. Les bains simples émolliens et les bains de vapeurs sont d'abord administrés, puis on rend ces bains alcalins et sulfureux, en unissant le soufre au sous-carbonate de soude ou de potasse dans la proportion d'un quart de ce dernier sur trois quarts de soufre. Les lotions peuvent quelquefois remplacer les bains, et l'on emploie alors deux gros de soufre sublimé et un gros de sous-carbonate de potasse pour un livre d'eau. Quant aux boissons, elles consistent dans une décoction d'orge avec deux gros de sous-carbonate de potasse par pinte, ou bien on les rend acidules en ajoutant un gros d'acide nitrique ou sulfurique par pinte d'eau. Souvent il est nécessaire de donner l'opium à l'intérieur pour calmer l'agitation et les souffrances; enfin dans quelques cas on unit quatre gros de magnésie à pareille quantité de soufre sublimé, et l'on divise le tout en huit paquets; le malade en prend un chaque jour.

Malgré tous ces moyens, le prurigo persiste souvent plusieurs mois et même plusieurs années, ou bien il reparaît de nouveau après un temps plus ou moins long.

Nouveau Mode de préparation du cérat de Galien;

par M. BRÉCHOT,

Pharmacien à Pontoise.

Pr. Huile d'amandes douces, une livre;
Faites-y fondre, cire blanche, six onces;

Versez ensuite dans un vase convenable, et remuez jusqu'à ce que le mélange soit froid et exempt de grumeaux; puis, au lieu d'eau de roses, mettez par petites portions :

Émulsion faite avec l'eau de roses, une livre;

Par ce moyen l'union de l'eau et des corps gras est beaucoup plus prompte et plus intime; il n'y a pas de séparation, et le cérat se conserve bien plus longtemps.

(*Gazette scientifique de Seine-et-Oise.*)

—

Nouveau Mode de préparation de l'onguent populéum.

On lit dans le même journal une note communiquée par M. Ledue, pharmacien à Versailles, sur la préparation de l'onguent populéum.

« Le Codez prescrit de faire cette préparation en deux fois, en employant les bourgeons frais; puis on attend, pour achever l'onguent, que les autres plantes soient dans leur vigueur; cette méthode est vicieuse en ce que les bourgeons récens font moisir et rancir la graisse. Voici la manière dont je le prépare :

Bourgeons secs de peuplier noir, deux parties;

Je fais macérer pendant six heures sur un feu modéré dans :

Axonge de porc préparé, douze parties;

Pendant ce temps je pile dans un mortier de marbre :

Feuilles récentes de pavots noirs,
. . . . . de belladone,
. . . . . de jusquiame noire,
Morelle noire, } de chaque une partie.

» Lorsqu'elles sont bien écrasées, je les enfonce dans un sac de coutil et je les exprime fortement à la presse; je recueille le suc pour en obtenir la chlorophille au moyen du feu. Je la mêle aux plantes restées dans le sac; le tout, moins le sac, est ajouté à l'axonge avec les bourgeons de peuplier, je fais bouillir à un feu modéré en agitant de temps en temps, jusqu'à ce que toute l'humidité soit évaporée, et je termine comme le prescrit le Codex.

» Les plantes, ainsi privées de presque toute leur eau de végétation, sont plus facilement et plus promptement attaquées par le corps gras. Ce procédé, beaucoup plus prompt, donne un onguent toujours très beau, homogène et n'étant point sujet à se moisir.

» On peut préparer de la même manière les huiles de jusquiame, de nicotiane, celle dite baume tranquille, etc.; on en obtient le même résultat. »

—

Des honoraires des médecins, chirurgiens et officiers de santé; — de l'action en justice qu'ils ont pour leur paiement, et de la prescription de cette action.

Sous l'ancienne législation, les médecins jouissaient de plusieurs priviléges; ils étaient exempts de la collecte des tailles, et, dans certaines Facultés, telle que celle de Paris, ils étaient également exempts de tutelles, curatelles et autres charges publiques (1). Enfin leur cause était très favorable en justice, lorsqu'ils y réclamaient le paiement de leurs honoraires (2); en conséquence, ils étaient préférés à tous les autres créanciers pour ce qui leur était dû à raison des soins qu'ils avaient donnés au défunt pendant sa dernière maladie.

Ce dernier privilége est le seul que la législation nouvelle leur ait conservé. Lorsqu'un malade vient à décéder, les honoraires auxquels son médecin a droit, à raison des soins qu'il lui a donnés pendant sa dernière maladie, forment une créance privilégiée, qui doit être acquittée avant toutes les autres, à la seule exception des frais de justice, s'il en est dû, et des frais funéraires. C'est ce qui résulte des termes de l'article 2101 du Code civil. « Les créances, porte cet article, privilégiées sur la généralité des meubles, sont celles ci-après exprimées, et s'exercent dans l'ordre suivant: 1° les frais de justice; 2° les frais funéraires; 3° *les frais quelconques de la dernière maladie*, concurremment entre ceux à qui ils sont dus.... » Or les honoraires des médecins, de même que le prix des médicamens fournis, rentrent évidemment dans ces dernières expressions de la loi. Cette dette doit donc être payée préalablement à toutes les autres, même celles qui semblent les plus favorables, telles que les salaires des gens de service ou les fournitures de subsistances faites au débiteur ou à sa famille (art. 2101 Code civil.). Ce privilége, de plus, peut être exercé non-seulement *sur les meubles* du débiteur, mais même *sur ses immeubles* (art. 2104, C. c.); et à la différence des autres créances privilégiées, qui ont besoin pour conserver leur rang d'être inscrites sur le registre du conservateur des hypothèques, celle-ci conserve son rang, indépendamment de toute inscription (art. 2107 C. c.); la seule réclamation de l'homme de l'art suffit, lors de la liquidation de la succession, pour empêcher que nulle autre créance ne puisse être payée avant la sienne.

Mais ce privilége n'a lieu, il importe de le bien remarquer,

(1) Art. 2 déc. 1652, *Journ. des Aud.* — Ferrières, *Diction. de droit*, v° *Médecin*.

(2) Loi 2. § 2, ff., *de var. extraord. Cogn.*

qu'à l'égard des honoraires *relatifs à la dernière maladie ;* ainsi les soins donnés aux maladies précédentes, distinctes de celles dont le médecin a pu être l'objet, ne jouissent point de la même faveur et rentrent dans la même catégorie des créances ordinaires. Au surplus la famille et les créanciers peuvent contester le taux des honoraires réclamés ; mais c'est alors aux tribunaux qu'il appartient d'en régler la quotité, eu égard à la fortune du débiteur et aux soins dont il a été l'objet.

Nous avons vu dans un précédent article que les hommes de l'art ne peuvent recevoir les donations *universelles* qui auraient été faites en leur faveur dans le cours de la dernière maladie. Par suite du même principe, ils ne peuvent composer de leurs honoraires pendant la maladie : ils doivent attendre la guérison ou le décès du malade pour les réclamer (1). La raison en est qu'ils pourraient facilement abuser soit de leur influence, soit des terreurs du malade pour réclamer des honoraires exagérés.

Nous n'avons jusqu'à présent parlé que d'un seul cas, celui où les hommes de l'art réclament leurs honoraires des héritiers du malade, après le décès de celui-ci ; mais leur droit n'est pas limité à cette seule hypothèse. Ils ont, en général, action en justice pour réclamer le paiement de leurs honoraires dans tous les cas où il leur est dû, soit que les personnes qu'ils ont soignées refusent de les payer, soit qu'elles contestent seulement la quotité de ces honoraires. Les juges de paix, lorsque la réclamation n'excède pas 100 fr., et les tribunaux civils, lorsqu'elle excède cette somme, sont les juges de ces contestations. Nous insistons sur ce droit de réclamation en justice, parce que la délicatesse des hommes qui se livrent à l'art de guérir les empêche, en général, de s'en servir : une action judiciaire répugne à leurs sentimens et à leur dignité. Ils préfèrent garder le silence sur l'ingratitude qu'ils recueillent trop souvent. Cependant, il est des cas où cette ingratitude est si manifeste et si coupable, qu'ils doivent trouver dans la loi les moyens de la punir.

Les hommes de l'art ne doivent pas, au surplus, négliger de réclamer leurs honoraires dans l'année, à compter de l'époque où ils ont donné leurs soins ; car, après l'expiration de cette année, cette réclamation, si le débiteur ou ses héritiers étaient de mauvaise foi, pourrait être repoussée par l'exception de la prescription. En effet, aux termes de l'art. 2272 du Code civil, l'action des médecins, chirurgiens et apothicaires, pour leurs visites, opérations et médicamens, se prescrit par un an. Ce qui ne veut pas dire qu'après un an on ne puisse plus réclamer le paiement de ces visites, opérations ou médicamens, mais seulement que le débiteur peut invoquer la prescription, qui est fondée sur la présomption d'un paiement déjà fait, pour se dispenser de payer.

La question s'est élevée de savoir si le décès du débiteur avant l'expiration de l'année, interrompait la prescription. La Cour de Cassation a jugé négativement cette question, par arrêt du 29 octobre 1810, « attendu que cette prescription étant fondée sur la présomption de paiement, résultant de ce que d'ordinaire on n'attend pas aussi longtemps à se faire payer de ces sortes de dettes, court du jour de chaque fourniture, et s'accomplit par la réunion du temps couru sur la tête du débiteur et sur celle de l'héritier. »

Nous examinerons dans nos prochains articles les diverses taxes auxquelles les hommes de l'art ont droit, lorsqu'ils sont appelés par l'autorité judiciaire à procéder à des opérations de médecine légale.

(1) *Quos et ea patimur accipere quæ sani offerunt pro obsequiis, non ea quæ periclitantes pro salute promittunt.* Loi archiatri. *C. de profess. et medic.*

LEÇONS CLINIQUES DE L'HOTEL-DIEU.

§ I. Considération pratiques sur les tumeurs enkystées du cuir chevelu et sur l'opération nécessaire pour les enlever.

Rien n'est plus commun que ces tumeurs presque toujour multiples qui surviennent à la tête, et que l'on désigne fort improprement sous le nom de loupes. Formées par une matière plus ou moins liquide, et toujours enveloppées d'un kyste, elles se multiplient quelquefois d'une manière prodigieuse. M. Dupuytren a vu un homme sur la tête duquel il en a compté plus de trois cent cinquante de différentes grosseurs ; il y a dans ce moment à l'Hôtel-Dieu une femme qui en porte vingt-cinq, et qui a donné matière à quelques considérations pratiques importantes sur le mode d'enlèvement de ces tumeurs.

On sent qu'il serait inutile de les attaquer par des fondans ; tout au plus pourrait-on, chez des personnes pusillanimes, employer la potasse caustique ; encore serait-il nécessaire de renouveler plusieurs fois ces applications, et par conséquent l'opération ne serait pas proposable lorsque les tumeurs sont nombreuses.

La plupart des chirurgiens, après avoir rasé la tête, font une incision cruciale sur la tumeur, dissèquent les lambeaux avec précaution jusqu'à sa base, qu'ils détachent alors complètement. Cette opération est longue, douloureuse et fort délicate ; depuis plus de vingt ans, M. Dupuytren l'a abandonnée pour suivre un procédé beaucoup plus simple et d'une exécution plus facile. Il se borne en effet à faire une seule incision suivant le plus grand diamètre de la tumeur. Les bords de la plaie étant écartés avec une pince à disséquer, une espèce de curette est introduite entre le kyste et la peau, glisse jusque sous la tumeur, et la détache enfin d'un seul effort.

Cette opération, pratiquée sur la femme dont nous venons de parler, n'a offert aucune espèce de difficulté ; on en a enlevé de cette manière quelques-unes qui offraient le volume d'une noix ; lorsque le kyste venait à se déchirer, la curette était introduite sur un autre point, et la tumeur détachée aussi facilement. On est certain d'obtenir ainsi une réunion par première intention ; mais, quelque simple et peu douloureuse que soit cette opération, il est nécessaire de remettre à plusieurs séances l'enlèvement complet de ces tumeurs quand elles sont multiples, comme dans l'observation qui a donné matière à ces réflexions. (*Voy.* art 636.)

§ II. De quelques formules employées à l'Hôtel-Dieu dans diverses maladies. — Vésicatoire et hydrochlorate de morphine. — Vin rouge contre l'ophthalmie blennorrhagique. — Traitement du goître. — De l'ozène. — Injection des narcotiques dans le rectum.

Bien que dans les salles de M. Dupuytren les médicamens employés soient fort peu nombreux, il en est plusieurs dont la préparation et l'administration sont importantes à connaître.

Ce professeur considère le vésicatoire volant en quelque sorte comme un spécifique du rhumatisme, et, après l'emploi des antiphlogistiques locaux et généraux, il poursuit par ce moyen la douleur sur tous les points où elle se montre; mais depuis quelque temps il favorise singulièrement l'action du vésicatoire volant en saupoudrant la peau dénudée avec l'hydrochlorate de morphine (depuis un huitième de grain jusqu'à un grain). L'introduction de cette substance par la peau dénudée de son épiderme est beaucoup plus efficace que l'administration à l'intérieur de plusieurs poisons qui ont été préconisés, et entre autres de l'aconit, que ce professeur conseille souvent ainsi:

Extrait d'aconit, un grain;
Extrait de gaïac, cinq grains;

pour faire deux pilules. Prendre une de ces pilules le matin et une autre le soir.

Quand l'ophthalmie blennorrhagique menace de passer à l'état chronique, M. Dupuytren fait laver les yeux avec du gros vin rouge sucré, de manière à en faire pénétrer sur la conjonctive. Ces lotions, répétées plusieurs fois par jour, sont souvent fort efficaces, surtout chez les jeunes enfans.

Nous avons parlé du traitement du goître par le séton. Dans la plupart des cas, avant de recourir à cette opération, on fait prendre chaque jour, dans du vin blanc et en six doses, trente-six grains de cendre d'éponge brûlée; on fait plusieurs fois par jour des lotions sur la tumeur avec un mélange de sel ammoniac et de vinaigre (deux gros sur une demi-livre), et dans l'intervalle de ces lotions on maintient sur le goître un sachet rempli de sel ammoniac.

L'ozène, qui, comme on le sait, est la plupart du temps de nature vénérienne, est souvent traité avec succès à l'Hôtel-Dieu, en faisant inspirer le soir trois ou quatre grains de calomel et maintenant les narines fermées avec un tampon de charpie jusqu'au lendemain matin.

On peut dire qu'en général M. Dupuytren, redoutant l'action nuisible de plusieurs médicamens sur l'estomac, préfère les administrer par injections dans le rectum. On a même constaté à l'Hôtel-Dieu que les effets des substances ainsi absorbées sont beaucoup plus prompts et sensibles à une bien plus faible dose, quand on a eu la précaution de vider le rectum par un premier lavement simple. L'efficacité de quelques gouttes de laudanum en lavement est bien prouvée dans le délire nerveux, le tétanos, les convulsions, etc. Ainsi huit à dix gouttes de laudanum dans deux ou trois onces d'eau calment plus promptement qu'une dose trois fois plus forte administrée par la bouche.

GAZETTE MÉDICALE

DE PARIS.

(SEPTEMBRE 1833.)

GAZETTE DU 7 SEPTEMBRE.

PATHOLOGIE GÉNÉRALE.

—

RECHERCHES

Sur les gaz de l'estomac et des intestins de l'homme à l'état de maladie;

Par Pierre-François Chevillot,

D.-M. P. de Grisy-sur Seine (1).

Depuis que l'analyse s'est perfectionnée, on s'est peu occupé de l'analyse des gaz intestinaux. M. Jurine est le premier qui l'ait fait avec succès : il a publié sur ce sujet un mémoire très-intéressant, qui a été couronné par la Société de médecine en 1789. MM. Lameran et Fremy, à Versailles, ont examiné les gaz produits par la maladie des animaux herbivores, connue sous le nom d'*empansement* (Bulletin de Pharmacie, t. p.) Il résulte de leurs expériences que ces gaz sont formés, pour la plus grande partie, d'acide carbonique, et qu'on parvient à guérir les animaux atteints de cette maladie en leur faisant avaler de l'ammoniaque étendue d'eau. Une dissertation très-estimée sur l'objet qui nous occupe, a été présentée à la Faculté de Médecine en 1814, par M. Gérardin; en 1817, M. Vauquelin a fait l'analyse des gaz trouvés dans l'abdomen de l'éléphant mort au Jardin-du-Roi, dans la nuit du 14 au 15 mars 1817. Ce célèbre chimiste les a trouvés formés principalement de gaz carbonique, d'azote, d'hydrogène carboné, et d'une petite quantité d'hydrogène sulfuré.

Dans le courant des années 1814 et 1815, MM. Magendie et Chevreul ont examiné le gaz provenant du canal digestif de quatre suppliciés (Ann. de Chimie et de Physique, t. II, p. 292) : ils ont trouvé dans l'estomac du gaz oxygène; du gaz carbonique, de l'hydrogène pur et de l'azote; dans l'intestin grêle, ils ont trouvé le même gaz, moins l'oxygène, le gros intestin contenait de l'acide carbonique, de l'azote, de l'hydrogène carboné et de l'hydrogène sulfuré.

Il restait à constater la nature des gaz intestinaux de l'homme dans l'état de maladie; et c'est dans ce but qu'a été entreprise la série des expériences rapportées dans la suite de ces recherches. Ces gaz ont été recueillis sur le mercure, immédiatement après leur extraction, qui avait lieu vingt-quatre heures après la mort, quelquefois plus tôt, rarement plus tard. On a tenu compte de la température à laquelle on a opéré.

Toutes les recherches faites jusqu'ici ne m'ont offert que six espèces de gaz, souvent ensemble, très-rarement isolés dans le tube digestif de l'homme à l'état de maladie.

Ces gaz sont : 1° le gaz azote; 2° le gaz carbonique; 3° le gaz hydrogène; 4° le gaz hydrogène proto-carboné; 5° le gaz oxygène; le gaz hydrogène sulfuré.

Si l'on compare, en général, la nature de gaz que l'on rencontre dans les voies digestives de l'homme sain avec ceux que l'on trouve dans l'homme malade, on ne tarde point à s'apercevoir qu'ils sont de même espèce de part et d'autre. Mais la proportion dans laquelle ces gaz se trouvent est-elle la même à l'état de santé et à l'état de maladie? quelques-uns ne se rencontrent-ils pas plus fréquemment dans l'un ou l'autre de ces deux cas? C'est ce qu'il sera aisé de reconnaître en comparant mes résultats avec ceux qui ont été obtenus par MM. Magendie et Chevreul. Ces deux savans ont trouvé dans chaque portion du tube digestif de l'homme sain qu'ils ont examiné, une certaine quantité de gaz hydrogène pur ou carboné; dans mes expériences sur l'homme malade, on verra que l'hydrogène ou l'hydrogène carboné ne s'y rencontrent pas toujours. Sur soixante-neuf sujets morts de maladie, onze ne m'ont pas donné de gaz hydrogène. Maintenant quelle est la raison pour laquelle l'hydrogène se rencontre plus fréquemment chez l'homme en santé que chez l'homme malade? C'est ce que nous examinerons par la suite.

Une autre différence que l'on rencontre encore entre les gaz de l'homme sain et ceux de l'homme malade, c'est la proportion de l'acide carbonique. On remarque, en effet, que dans l'homme sain ce gaz existe en quantité plus ou moins considérable, tandis que dans l'homme malade on trouve quelquefois peu ou point de ce gaz.

(1) Ce travail a servi à l'auteur de thèse inaugurale. Nous la reproduisons en entier, comme une des plus originales et des plus importantes qu'ait produites l'année qui vient de s'écouler.

Cependant, comme les expériences faites sur les sujets malades sont beaucoup plus nombreuses que celles faites sur l'homme sain, il est possible que l'on rencontre, dans ce dernier cas, des circonstances semblables, c'est-à-dire dans lesquelles il ne se trouve que peu ou point de gaz carbonique. La différence que nous venons de faire remarquer pour la proportion du gaz carbonique existe aussi pour celle de l'azote, mais dans un sens contraire; c'est-à-dire qu'en général on trouve plus d'azote dans l'homme malade que dans l'homme sain.

Nous allons considérer successivement ces gaz sous le rapport de la quantité, de leur présence ou de leur absence dans le tube digestif (1).

1° *De l'oxygène.*

Parmi les corps gazeux que l'on rencontre dans le tube digestif de l'homme mort de maladie, on ne doit point être surpris d'y trouver l'oxygène; en effet, ce gaz existant dans l'air atmosphérique et se trouvant presque toujours en contact avec une portion de l'appareil digestif, il est probable qu'il se trouve entraîné dans l'acte de la mastication avec le bol alimentaire. Quoi qu'il en soit, ce gaz n'existe pas constamment dans les premières voies, et lorsqu'il s'y rencontre, ce n'est qu'en petite quantité. En effet, sur 54 sujets soumis à l'expérience, 31 seulement ont manifesté la présence de l'oxygène, savoir : 25 dans l'intérieur de l'estomac, 5 dans les gros intestins, et 1 dans les intestins grêles; dans ces derniers, la proportion n'est que de 2 a 3 centièmes; dans l'estomac, elle s'est trouvée le plus ordinairement de 2 à 6 et quelquefois 8 centièmes : une seule fois elle s'est trouvée de 13 centièmes.

La température ainsi que l'âge des sujets ne m'ont point paru apporter de changemens sensibles dans ces quantités d'oxygène.

2° *De l'azote.*

Parmi tous les gaz que l'on rencontre dans les voies digestives de l'homme mort de maladie, l'azote est le plus abondant; il existe dans toutes les parties du tube digestif; il fait quelquefois les 0,99 centièmes des substances gazeuses qui y sont contenues. Le plus souvent on le trouve mêlé avec les autres gaz dont nous venons de parler, en proportions qui varient chez le même sujet, suivant les diverses régions du conduit qu'il occupe. Les plus grandes quantités d'azote ont été trouvées chez des sujets d'une faible complexion, ou des vieillards épuisés par de longues maladies.

Azote relativement à l'âge.

On a recueilli le gaz azote provenant de 15 sujets de l'âge de 14 à 24 ans, à la température moyenne de 7°,4.

On a obtenu, terme moyen :

Estomac,	66,3 (2)
Intestins grêles,	57,8
Gros intestins,	65,2

On a recueilli pareillement le gaz azote provenant de 17 sujets de 60 à 72 ans, à la température moyenne de 10°.

Estomac,	63,5 (3)
Intestins grêles,	66,8
Gros intestins,	73

Ces résultats indiquent que l'azote se rencontre en plus grande quantité chez les vieillards que chez les adultes.

Nous venons d'observer que la différence d'âge des sujets morts de maladie produisait une différence sensible dans la quantité d'azote; il était important de s'assurer si la température n'aurait point quelque influence à cet égard.

On a recueilli à cet effet, à la température de 12 à 21°, 2, l'azote des intestins de 24 sujets de l'âge de 15 à 71 ans, dont l'âge moyen était de 41 ans.

On a obtenu, terme moyen :

Intestins grêles,	62,6
Gros intestins,	60,6

On a recueilli, comparativement à la température de — 2° à + 3°,2, l'azote de 24 sujets de 14 à 64 ans (âge moyen, 35,5).

On a obtenu, terme moyen :

Intestins grêles,	77,7
Gros intestins,	77,0

Il résulte de ces expériences que de — 2 à + 3°, les intestins des sujets de 14 à 64 ans contiennent plus d'azote que de 12° à 21°,2.

Influence de la température chez les vieillards comparée avec celle des adultes.

On a recueilli l'azote de l'estomac et des intestins de 5 sujets de 17 à 23 ans, à la température de — 1° à + 4°,5.

On a obtenu, terme moyen :

Estomac,	74,6
Intestins grêles,	79,2
Gros intestins,	86

La quantité d'azote du tube digestif de 5 sujets âgés

(1) Les gaz dont il est ici question ont été recueillis sur des adultes et des vieillards. Deux enfans nouveaux-nés, sur lesquels j'ai opéré à l'hospice des Enfans-Trouvés, ne m'ont offert que de l'azote et de l'acide carbonique.

(2) Sur ces 15 sujets il n'y en a que 9 chez qui on ait recueilli le gaz azote de l'estomac. Le terme moyen était de 66, 3.

(3) Sur ces 17 sujets, il n'y en a que 10 chez lesquels on a recueilli le gaz de l'estomac. Le terme moyen était 63,5.

de 18 à 30 ans, à la température de 8 à 16°,2, s'est trouvée, terme moyen, de :

Estomac,	49,8
Intestins grêles,	36,4
Gros intestins,	28,4

Ici la température a produit une différence notable dans la quantité d'azote. En effet, il s'est rencontré dans ces adultes plus d'azote de 1° à 4° que de 8° à 16°,2. Voyons si chez les vieillards nous observerons quelque variation.

L'azote du tube digestif de 8 sujets de 60 à 67 ans, à la température de 11° à 21°,2, s'est trouvé, terme moyen :

Estomac,	76
Intestins grêles,	72,2
Gros intestins,	75,4

L'azote du canal alimentaire de 7 autres sujets de 62 à 72 ans, à la température de 1° à 6°,2, s'est trouvé, terme moyen :

Estomac,	55
Intestins grêles,	61,4
Gros intestins,	59

Il résulte de ces expériences que le tube digestif des sujets de 60 à 72 ans contient plus d'azote à la température de 11° à 21°,2, qu'à celle de 1° à 6°; ce qui est le contraire pour les sujets de 18 à 30 ans.

On pouvait présumer que l'altération du tube digestif, occasionée par un état morbide de ce système d'organes, ou qu'une affection symptomatique de cette partie pourrait causer quelque différence dans la quantité d'azote; pour s'en assurer, on a comparé les affections morbides de 12 sujets qui avaient offert le plus d'azote, avec les affections de 12 sujets qui avaient présenté le moins de ce gaz.

Sur 12 sujets de 17 à 60 ans, qui avaient donné le moins d'azote à la température moyenne de 9°,2 (1) :

1 était atteint d'apoplexie.
1 — de variole confluente avec péripneumonie.
1 — de croup.
3 — de pleurésie, dont une chronique.
2 — d'hypertrophie du cœur.
3 — de péritonite.
1 — d'ulcérations intestinales.

Sur 12 sujets de 23 à 61 ans, qui avaient donné le plus d'azote à la température moyenne de 6°,7 (2) :

1 était atteint de maladie grave.
8 — de phthisie.
1 — d'anévrisme de l'aorte.
1 — d'hypertrophie du cœur avec infiltration et légère gastrite.
1 — de cancer des intestins.

Ces observations tendent à prouver que les sujets adultes affectés de maladies aiguës offrent en général peu d'azote, et que ce gaz se rencontre particulièrement chez les sujets plus âgés ou d'une faible complexion, atteints de maladies chroniques.

Après avoir parlé de l'influence de l'âge, de la température et de la nature de la maladie, sur la quantité d'azote existant dans le tube digestif, nous devons examiner la proportion relative dans laquelle se trouve l'azote dans les diverses portions de ce canal. On a réuni dans le tableau ci-joint le résultat des expériences faites à ce sujet.

NOMBRE des sujets soumis à l'expérience.	TEMPÉRATURE.	AGE.	SUJETS dont l'azote augmente. de l'estomac aux intestins.	SUJETS dont l'azote augmente. des intestins grêles ou gros.	SUJETS dont l'azote diminue. de l'estomac aux intestins.	SUJETS dont l'azote diminue. des intestins grêles aux gros.
(A) 54			31		23	
(A) 32				19		13
(B) 6	— 2° à 3°	16 à 28	2	4	4	1
(B) 6	3° à + 8°	50 à 72	3	4	3	1
(C) 11	— 1° à + 16°	14 à 26		6		4
(C) 11	— 1° à + 15°	48 à 64		3		5

(1) Cette quantité d'azote était, terme moyen :

Intestins grêles,	18,5
Gros intestins,	30,12

L'âge moyen était de 34 ans.

(2) Cette quantité d'azote était, terme moyen :

Intestins grêles,	94,5
Gros intestins,	93,4

L'âge moyen était de 19 ans.

Il résulte de ces expériences (A) que la quantité d'azote est, en général, plus considérable dans les dernières portions du conduit digestif que dans les premières.

Les expériences (B) tendent à prouver : 1° que chez les adultes et les vieillards la quantité d'azote va plus souvent en augmentant qu'en diminuant à la température de + 2° à + 3°, et que la diminution est moins sensible chez les adultes que chez les vieillards;

2° Qu'à la température de 3° à 8°, chez les vieillards, la quantité d'azote ne varie pas sensiblement de l'estomac aux intestins et qu'elle augmente beaucoup des intestins grêles aux gros intestins.

Les expériences (C) font voir que de 1° à + 16° l'augmentation d'azote est plus considérable que la diminution dans les sujets de 14 à 26 ans, et que le contraire a lieu à la même température chez les sujets de 48 à 64 ans.

3° *Du gaz carbonique.*

Le gaz carbonique est, après l'azote, celui que l'on trouve en plus grande quantité dans le tube digestif de l'homme en état de maladie ; il fait constamment partie des gaz que l'on y rencontre; cependant je n'ai pu le trouver dans deux portions d'intestin grêle, quoiqu'il existât dans le gros intestin du même sujet.

La plus grande quantité que j'en aie obtenue a été de 92 à 93 centièmes.

Ce gaz mérite une attention particulière à cause du rôle important qu'il joue dans l'économie animale, soit par sa quantité, soit par la promptitude avec laquelle il se développe ou s'absorbe dans plusieurs cas de météorisme. Nous allons le considérer relativement à l'âge des sujets : 1° à la température ; 2° aux alimens ; 3° à la nature de la maladie; 4° à sa proportion dans les diverses régions du tube digestif.

Température.

On a recueilli à la température moyenne de 13°,9, le gaz carbonique de 9 sujets dont l'âge moyen était de 36 à 77 ans.

La quantité de gaz carbonique des intestins grêles a été de	54,33
Celle des gros intestins, de	51,77

On a recueilli, d'une autre part, à la température moyenne de 2°,5 le gaz carbonique de 9 sujets dont l'âge moyen était de 36 à 77 ans.

La quantité de gaz carbonique des intestins grêles a été de	7,44
Celle des gros intestins, de	4,22

Il suit de ces expériences qu'à la température de 13°,9, la quantité de gaz carbonique trouvée dans les intestins grêles et les gros intestins est 7,3 fois plus grande dans les premiers, et 12,3 fois plus grande dans les seconds qu'à la température de 2°,5.

Age.

On a soumis à l'analyse le gaz intestinal de 17 sujets de 60 à 72 ans à la température moyenne de 8°,55.

La quantité de gaz carbonique des intestins grêles a été, terme moyen de	25,23
Celle des gros intestins, de	23,11

D'une autre part, on a examiné le gaz intestinal de 15 sujets de 14 à 24 ans, à la température moyenne de 7°,4.

La quantité de gaz carbonique des intestins grêles a été, terme moyen, de	57,8
Celle des gros intestins, de	65,2

Il suit de là qu'à la température de 7 à 8°, chez les adultes, la quantité de gaz carbonique des intestins grêles et celle des gros intestins est deux fois plus grande dans les premiers, et trois fois plus grande dans les seconds que chez les vieillards.

Influence de la maladie.

Les plus grandes quantités de gaz carbonique se sont fait remarquer chez les sujets affectés de maladies aiguës ou de maladies de poitrine.

Les sujets affectés de maladies chroniques sont ceux qui ont présenté les plus petites quantités de ce gaz. Quant à la quantité de gaz carbonique occasionée par l'usage de tel ou tel aliment, je n'ai pu observer de différence à cet égard, à cause de la grande variété de ces alimens.

Du gaz carbonique, relativement à sa proportion dans les diverses régions du tube digestif.

Les physiologistes ne sont point d'accord sur ces proportions. Suivant M. Jurine, la quantité de ce gaz irait en diminuant, de l'estomac aux intestins; d'après MM. Magendie et Chevreul, le contraire devrait avoir lieu ; il était important de vérifier ce fait chez l'homme à l'état de maladie.

Dans cette vue, on a examiné le gaz carbonique du conduit digestif, en tenant compte de la température et de l'âge des sujets.

Le tableau suivant contient les résultats obtenus.

	NOMBRE des sujets.	AGE.	TEMPÉRATURE.	SUJETS dont le gaz augmente. de l'estomac aux intestins.	des intestins grêles aux gros.	Stationnaires.	SUJETS dont le gaz diminue. de l'estomac aux intestins.	des intestins grêles aux gros.	Stationnaires.
(A)	89	14 à 72	— 2° à + 21°		48	6		35	
	50	16 à 72	— 2° à + 17°	20			30		
(B)	28	14 à 72	— 2° à + 4°		14			14	
	20	14 à 51	— 2° à + 4°	6			14		
(C)	39	15 à 72	11° à 21°		26			11	2
	20	18 à 67	11° à 17°	7			13		
(D)	10	17 à 25	— 2° à + 4°		7			2	1
	7	16 à 25	— 2° à + 5°	1			7		
(E)	10	47 à 72	— 2° à + 4°		4			6	
	7	46 à 72	— 2° à + 4°	1			6		
(F)	10	15 à 36	15° à		6			3	1
	4	18 à 36	11° à 17°	1			3		
(G)	10	50 à 71	11° à 21°		5			4	1
	4	45 à 67	11° à 17°	2			2		

Il suit des expériences (A) que, chez les sujets de 14 à 72 ans, à la température de —2° à + 21°, le gaz carbonique augmente des intestins grêles aux gros dans le rapport de 35 à 48, et qu'il diminue de l'estomac aux intestins grêles dans le rapport de 3 à 2.

(B). Qu'à la température de — 2° à + 4°, dans les sujets de 14 à 72 ans, le gaz carbonique n'augmente ni ne diminue des intestins grêles aux gros intestins, et qu'il diminue de l'estomac aux intestins dans le rapport de 2 à 1.

(C). Qu'à la température de 11° à 21°, chez les sujets de 15 à 72 ans, le gaz carbonique augmente, en allant des intestins grêles aux gros, dans le rapport de 1 à 2,25, et qu'il diminue, chez les mêmes sujets, dans le rapport de 2 à 1, de l'estomac aux intestins grêles.

(D). Que de — 2° à + 5°, chez les sujets de 16 à 25 ans, le gaz carbonique augmente, des intestins grêles aux gros, dans le rapport de 1 à 3, et qu'il diminue dans le rapport de 6 à 1, de l'estomac aux intestins grêles, chez les mêmes sujets.

(E). Que de — 3° à + 4°, chez les sujets de 46 à 72 ans, le gaz carbonique diminue, en allant des intestins grêles aux gros, dans le rapport de 3 à 2, et dans celui de 6 à 1, en allant de l'estomac aux intestins grêles.

(F). Que de 11° à 17°, chez les sujets de 15 à 36 ans, le gaz carbonique augmente, dans le rapport de 1 à 2, en allant des intestins grêles aux gros, et qu'il diminue dans le rapport de 3 à 1, de l'estomac aux intestins grêles.

(G). Que de 11° à 21°, chez les sujets de 50 à 71 ans, le gaz carbonique augmente, des intestins grêles aux gros, dans le rapport de 4 à 3; et que de 11° à 17°, chez les sujets de 45 à 67 ans, la proportion de gaz carbonique ne varie pas sensiblement.

4° *De l'hydrogène.*

L'hydrogène ne se rencontre pas aussi fréquemment que l'azote et le gaz carbonique dans le tube digestif de l'homme à l'état de maladie; sur 69 sujets, 58 seulement ont donné du gaz hydrogène.

J'en ai trouvé jusqu'à 0,55 à 0,56; les sujets adultes, replets ou robustes, sont ceux qui me l'ont offert en plus grande quantité.

Nous examinerons successivement l'influence de la température, de l'âge, de la nature de la maladie et de celle des alimens sur la quantité de ce gaz.

Température.

Sur 24 sujets dont on a examiné le gaz à la température de — 3° à + 7°, 5, l'hydrogène trouvé a été, terme moyen:

Estomac,	9,03
Intestins grêles,	15,23
Gros intestins,	5,08

Sur 18 sujets, dont on a examiné les gaz à la température de 11° à 20°, l'hydrogène trouvé a été, terme moyen:

Estomac,	11,3
Intestins grêles,	16,3
Gros intestins,	12,5

On voit par ce qui précède qu'à une température de—2° à + 7° 1/2, on trouve moins de gaz hydrogène qu'à celle de 11° à 20°.

Dans les expériences dont nous venons de rapporter les résultats, on n'a eu égard qu'à la température; on n'a point tenu compte de l'âge des sujets; cependant on pouvait croire que cette nouvelle donnée influerait sur la quantité de gaz hydrogène que l'on devait recueillir : dans cette vue on a fait les expériences suivantes :

On a recueilli, à la température de — 1° à + 6° le gaz hydrogène fourni par 6 sujets de 16 à 20 ans, comparativement avec l'hydrogène provenant de 6 autres sujets de 17 à 30 ans, à la température de 11° à 16°, l'on a trouvé, terme moyen :

Pour les 6 premiers:

Estomac,	6
Intestins grêles,	13
Gros intestins,	0

Pour les 6 derniers :

Estomac,	23,3
Intestins grêles,	21,5
Gros intestins,	11,8

Ces résultats font voir que dans les sujets de 17 à 30 ans, la quantité de gaz hydrogène trouvée a été environ 3 fois plus considérable à la température de 11° à 16°, que dans les sujets de 16 à 20 ans, à celle de — 1° à + 6°.

On a également recueilli, à la température de — 3° à + 6°, l'hydrogène de 14 sujets de 45 à 72 ans; l'on a trouvé, terme moyen:

Estomac,	8,92
Intestins grêles,	17,02
Gros intestins,	11,04

Onze sujets, de 45 à 71 ans, ont donné, terme, moyen, à la température de 11° à 15° :

Estomac,	0
Intestins grêles	11,9
Gros intestins,	10,5

Ces résultats prouvent que dans les sujets âgés l'hydrogène est moins abondant à la température de 11° à 15° qu'à celle de — 3° à + 6°, résultat tout-à-fait opposé à celui que nous avons obtenu dans les sujets de 18 à 30 ans dans les mêmes circonstances.

Influence de la maladie.

Sur 21 sujets chez lesquels on a trouvé peu ou point d'hydrogène:

7 étaient affectés de maladie grave.
1 — d'apoplexie.
9 — de phthisie.
1 — de pleurésie
1 — d'hypertrophie du cœur.
1 — d'anévrisme de l'aorte.
1 — de cancer au foie.

Sur les 21 sujets chez lesquels on a trouvé beaucoup d'hydrogène :

1 était affecté de maladie grave.
2 — d'apoplexie.
1 — de croup.
1 — de catarrhe pulmonaire.
1 — de pleurésie.
1 — de péripneumonie.
1 — de phthisie.
2 — d'hypertrophie du cœur.
2 — de variole.
2 — de cancer, dont l'un à l'estomac et l'autre au sein.
1 — d'ascite.
1 — de gastrite.
1 — de péritonite.
1 — d'entérite.

Ces expériences tendent à montrer que les sujets qui ont succombé, principalement à une maladie grave ou à la phthisie, donnent en général peu ou point d'hydrogène, et que ce gaz se rencontre surtout dans les sujets morts de maladies aiguës ou d'affections du système digestif.

La nature des alimens ou des médicamens administrés aux malades nous paraît avoir beaucoup d'influence sur la production de l'hydrogène; mais la difficulté de l'apprécier, à cause de la diversité des alimens ou médicamens, fait qu'il n'est pas facile de s'en rendre compte.

Cependant, en comparant les alimens ou médicamens pris par 18 sujets qui avaient donné peu ou point d'hydrogène, avec ceux dont avaient fait usage 18 autres sujets qui en avaient donné beaucoup, et faisant abstraction des médicamens communs aux uns et aux autres, et qui ne différaient que par la quantité, on remarque que les premiers, c'est-à-dire ceux qui avaient produit beaucoup d'hydrogène, avaient fait usage d'*arnica*, de bourrache, de lin, de *séné*, de racine d'angélique, d'ipécacuanha, de serpentaire, de pilules de Morthon, de veau et d'alimens distribués à l'hospice;

Que les 18 autres sujets, c'est-à-dire ceux qui avaient produit peu ou point d'hydrogène, avaient fait usage de vinaigre, d'acide tartrique, de chiendent, de digitale, de scille, d'extrait de saponaire, de cachou, de sirop d'œillet, des cinq racines, de teinture d'assa-fœtida, de potions éthérées et antispasmodiques et d'œufs.

Ces faits tendent à prouver qu'en général les acides végétaux, les liqueurs spiritueuses ou éthérées s'opposent au développement du gaz hydrogène, ou n'en produisent que très-peu.

Proportion du gaz hydrogène dans les diverses parties du conduit alimentaire.

Cette proportion va-t-elle en augmentant ou en diminuant, en suivant les diverses sinuosités du canal digestif? Quelques physiologistes, parmi lesquels nous citerons M. Jurine, ont avancé que la quantité d'hydrogène allait en augmentant de l'estomac aux intestins.

On trouvera dans le tableau suivant, le résultat d'observations faites à ce sujets.

Sur soixante-deux sujets.

Gaz hydroyène.

	AUGMENTANT.	STATIONN.	DIMIN.
De l'estomac aux intestins,	23	4	11
Des intestins grêles aux gros,	16	3	42

On peut conclure des résultats précédens que le gaz hydrogène est généralement plus abondant dans les intestins grêles que dans l'estomac et les gros intestins.

5° *De l'hydrogène proto-carboné.*

Le gaz hydrogène proto-carboné se rencontre bien moins fréquemment et en quantité moindre que le gaz hydrogène dans le canal digestif de l'homme à l'état de maladie ; il est toujours accompagné d'une plus ou moins grande quantité de ce dernier gaz. Sur 96 sujets, 10 seulement ont présenté de l'hydrogène proto-carboné, l'un dans les intestins grêles, et les 9 autres dans les gros intestins. La quantité la plus considérable que j'en ai obtenue a été de 18,8 centièmes ; les sujets adultes atteints de maladies aiguës sont ceux qui l'ont principalement offert.

6° *De l'hydrogène sulfuré.*

D'après l'odeur fétide que répandent les déjections dans plusieurs maladies, on serait porté à croire qu'il existe alors des quantités considérables d'hydrogène sulfuré dans les voies digestives ; cependant les expériences faites à ce sujet ne m'ont donné que des quantités peu appréciables de ce gaz. Il n'en a pas été de même lorsque j'ai soumis, comme on le verra par la suite, à une température de 36 à 40°, dans un appareil fermé, les substances contenues dans le canal alimentaire ; j'ai alors presque toujours recueilli plus ou moins d'hydrogène sulfuré.

Il résulte des expériences rapportées dans ce mémoire :

1° Que, dans l'état de maladie, on n'a rencontré que six espèces de gaz dans les intestins de l'homme, savoir : l'oxygène, l'azote, l'acide carbonique, l'hydrogène, l'hydrogène proto-carboné et l'hydrogène sulfuré ;

2° Que l'azote se trouve en plus grande quantité dans l'homme mort de maladie que dans l'homme sain ; ce qui, dans plusieurs cas, est l'inverse pour l'acide carbonique ;

3° Que le gaz carbonique va généralement en augmentant dans le tube digestif de l'homme à l'état de maladie, à la température de 11 à 21°, et qu'il va en diminuant à celle de — 2° à + 3° ;

4° Que, dans les sujets adultes, la quantité de gaz hydrogène est plus considérable à la température de 11 à 16° qu'à celle de — 1° à + 6°, tandis que l'inverse a lieu chez les vieillards, dans les mêmes circonstances de température ;

5° Enfin que l'hydrogène est plus abondant dans les intestins grêles que dans l'estomac et les gros intestins, et que par conséquent il ne va pas en augmentant vers ces derniers, comme on l'avait dit jusqu'à présent.

En réfléchissant à la nature des gaz dont il vient d'être question, on peut aisément se rendre compte de la présence de l'azote, de l'oxygène et de l'acide carbonique ; il n'en est pas de même à l'égard des autres gaz. Un des moyens qui m'ont paru conduire le plus directement à donner une explication plausible de ce fait, consiste à exposer à la température de l'estomac et des intestins les diverses substances recueillies dans les organes digestifs des sujets soumis à l'analyse. J'ai donc, toutes les fois que cela m'a été possible, abandonné ces substances, pendant un temps déterminé, à la température de 36 à 41°, dans un appareil fermé ; j'ai également soumis à l'expérience, dans un appareil semblable, un grand nombre de substances végétales et animales, alimentaires et médicamenteuses, simples et composées : un certain nombre ont donné de l'hydrogène ; d'autres n'ont point manifesté la présence de ce gaz. Ces divers résultats font partie d'un travail que je me propose de publier par la suite.

CLINIQUE CHIRURGICALE.

—

CHOIX D'OBSERVATIONS,

Par le docteur Sédillot,

Chirurgien, aide-major au Val-de-Grâce, etc.

Luxation atloïdo-axoïdienne.

L'anatomie pathologique a produit une révolution complète dans l'histoire des luxations de la colonne vertébrale ; les anciens en admettaient quatre espèces, selon le sens dans lequel elles s'opéraient ; ils les considéraient comme des accidens assez communs, et, sans remonter bien loin, l'on trouve dans Ambroise Paré la description des procédés de réduction et une planche qui les représente. Cependant, de nos jours, toute cette doctrine a été renversée. M. A. Cooper, qui a eu occasion de faire de nombreuses recherches à ce sujet, n'a jamais vu de déplacement des vertèbres sans fracture du corps vertébral, ou des apophyses articulaires, et il en conclut que sous l'influence des causes extérieures, qui agissent par violence, il ne s'opère que des luxations incomplètes, compliquées de fractures (1). Mais il est un autre ordre de causes qui prédisposent particulièrement aux luxations des vertèbres ; ce sont les affections tuberculeuses, rhu-

(1) Toutefois la luxation atloïdo-axoïdienne et celle d'une des apophyses obliques des cinq dernières vertèbres cervicales, ont été constatées par les recherches de Louis, et l'observation de Petit-Radel. (*Encyclopéd. Méth. Dict. de chir.*)

matismales, la carie, etc., qui, fixées dans le voisinage de ces os, les attaquent dans leur épaisseur, détruisent leurs moyens d'union, et donnent ainsi prise aux déplacemens qui s'opèrent sous l'influence d'un effort, d'un mouvement mal combiné, d'une secousse même légère, et amènent la compression ou la désorganisation de la moelle, la paralysie et la mort.

L'observation montre que les deux premières vertèbres cervicales sont particulièrement sujettes à ce genre de déplacement, M. Schupke, de Berlin, dans sa dissertation inaugurale, a réuni la plupart des faits connus, et M. Bérard jeune a complété ce travail en l'enrichissant de ses remarques et de nouvelles observations. Le fait que je rapporte appartient à l'histoire des luxations de l'atlas sur l'axis, et il offre, je crois, cette circonstance unique que les vertèbres n'étaient altérées ni dans leur forme ni dans leur consistance; la cause de la luxation fut une violence extérieure, légère, il est vrai, mais favorisée par une affection de nature tuberculeuse, qui avait envahi et détruit la plupart des liens articulaires. Il n'y eut ni paralysie antérieure ni déplacement lent et successif, mais une luxation subite, qui amena le déchirement de la dure-mère par l'apophyse odontoïde, la compression du bulbe rachidien à sa partie inférieure et une mort instantanée.

Obs. — Guyot, Pierre, soldat au 12e léger, âgé de 24 ans, d'un tempérament lymphatique, entra à l'hôpital de la Maison-Blanche, le 22 novembre 1832. Il portait à la joue gauche un petit abcès de couleur brune qui fut ouvert par M. le docteur Barthélemy, chargé du service chirurgical, et à l'obligeance duquel je dois l'histoire de la maladie; l'os de la pommette était à nu, avec un commencement de carie, mais avant que l'on se fût décidé à employer le cautère actuel, des pansemens avec la charpie sèche amenèrent une notable amélioration. Il survint alors des douleurs dans les muscles du cou, elles étaient vives, profondes, sans tuméfaction appréciable, étendues vers la nuque, et on les combattit avec assez de succès par des applications reitérées de sangsues; quelques trajets lymphatiques devinrent sensibles, des ganglions se développèrent sur les côtés et en arrière de la région cervicale, le malade était pâle, sans énergie; on crut convenable de modifier toute l'économie par un traitement antiscrophuleux, et on prescrivit à cet effet six gouttes de teinture d'iode, matin et soir, des frictions avec la pommade d'hydriodate iodurée de potasse, répétées deux fois par jour sur les ganglions engorgés, et un vésicatoire fut en même temps appliqué à la nuque. Un des ganglions s'abcéda et fut ouvert avec la pierre à cautère; les douleurs cervicales qui avaient offert des rémissions, remontèrent vers la tête, et se concentrèrent sur la région temporo-pariétale gauche; elles persistèrent long-temps, causant par leur acuité de l'insomnie et de la fièvre, et présentant des redoublemens. Le chirurgien en chef du Val-de-Grâce ayant vu le malade conseilla l'artériotomie, mais le chirurgien traitant se borna à des applications de sangsues, et à l'emploi de cataplasmes laudanisés, qui firent complètement cesser la douleur; mais elle ne tarda pas à reparaître à la région auriculaire du côté opposé, elle s'étendit vers le pharynx, et rendit, dès ce moment, fort pénibles les efforts de déglutition et de toux. De légers accès de fièvre quotidienne parurent plusieurs fois, mais ils cédèrent toujours à quelques doses de sulfate de quinine en lavement. Les mouvemens de la tête devinrent de plus en plus difficiles, ce qui fut attribué à l'endolorissement des parties; le malade, pour éviter la douleur, appuyait son menton sur sa main, en se mettant à son séant, et il soutenait, disait-il, sa tête parce qu'elle lui paraissait lourde. L'appétit avait constamment été bon, les digestions régulières; on avait seulement remarqué un peu de toux et de fréquence du pouls.

Ce fut sur ces entrefaites que l'ordre arriva de transporter au Val-de-Grâce ce malade dont la guérison se faisait si long-temps attendre. Le 8 mai 1833, quatre infirmiers l'enlevèrent avec son matelas qu'ils placèrent sur un bracard, des oreillers supportaient la tête, mais au moment où l'on descendait l'escalier, les extrémités supérieures se paralysèrent (les bras tombèrent, disent les infirmiers); quelques minutes après Guyot n'existait plus.

Examen cadavérique 24 heures après la mort.

M. Bégin (chirurgien-major au Val-de-Grâce), ayant ouvert circulairement le crâne, détacha l'encéphale en coupant le bulbe rachidien au-delà du grand trou occipital : les méninges n'offrirent aucune trace d'altération, elles n'étaient ni épaissies, ni adhérentes, sans opacité, ni injection; l'encéphale pâle et d'un volume ordinaire parut moins consistant qu'à l'état normal; cette remarque s'appliquait particulièrement à l'hémisphère gauche, mais il n'y avait aucun point ramolli. On trouva à la face inférieure des lobes cérébelleux une couche de matière rougeâtre, semblable à du détritus musculaire, on a de la bouillie cérébrale mêlée à du sang : on crut d'abord à une altération profonde, mais l'incision du cervelet démontra l'intégrité de cet organe, et il ne me fut pas bien prouvé que la surface en rapport avec cette matière rougeâtre fût malade, il eût fallu la soumettre à un filet d'eau, pour dissiper tous les doutes, et il est possible que cette matière vint de l'altération qui nous reste à décrire; cependant comme on n'a reconnu aucune trace d'épanchement dans le canal rachidien, la question ne doit peut-être pas être résolue.

En jetant les yeux sur le grand trou occipital, on aperçut l'apophyse odontoïde faisant saillie à travers la dure-mère dans l'intérieur du canal rachidien, et comprimant l'origine de la moelle épinière; cette apophyse libre et à nu était située obliquement de bas en haut et d'avant en arrière, de manière à interrompre la continuité du canal vertébral qu'elle barrait dans son diamètre antéro-postérieur; le corps de l'axis était un peu incliné en arrière; en renversant la tête dans ce sens l'apophyse odontoïde reprenait sa position normale, et l'on n'apercevait plus qu'une fente longitudinale de plus d'un pouce, occupant la face antérieure de la dure-mère; en fléchissant la tête en avant, on reproduisait la luxation.

Je fus chargé de continuer les recherches et de m'assurer de l'étendue et de la nature de l'affection. Le cou ayant été détaché au-dessus des clavicules, la face fut enlevée par un coup de scie appliqué sur la gouttière basilaire et tombant en arrière du pharynx, dont

la paroi vertébrale était épaissie, d'un jaune pâle, friable et comme infiltrée de pus. Les muscles grand et petit droits antérieurs de la tête et la partie correspondante du muscle long du coup étaient dégénérés en une matière pultacée semblable à du fromage mou ou de la substance caséeuse ramollie. La première et la seconde vertèbre étaient d'une teinte brunâtre presque entièrement dénudées de leur périoste; on retrouvait à peine les traces des ligamens transverses et odontoïdiens; la dure-mère voisine était un peu noirâtre extérieurement, légèrement épaissie, les nerfs qui la traversaient étaient intacts et se frayaient passage au milieu des parties dégénérées; la première vertèbre était lâchement unie à l'occipital, et elle se détacha avec facilité; les muscles de la région cervicale postérieure profonde avaient perdu leurs adhérences atloïdo-axoïdiennes, et étaient également dégénérés à leur surface, les ganglions lymphatiques étaient saillans, gonflés et rougeâtres, toutes les autres vertèbres à partir de la troisième étaient saines ainsi que leurs articulations.

On admettra facilement, je crois, que dans cette observation la luxation a été subite et mortelle. On ne pourrait comparer ce fait qu'à celui qui a été rapporté par M. Velpeau, et dans lequel l'odontoïde comprimait la moelle à son origine; mais il y avait carie; et en outre la mort avait été précédée de paralysie et d'une prostration complète d'assez longue durée, il y avait ramollissement du bulbe, etc.; tandis que chez notre malade le système nerveux n'avait jamais accusé aucun désordre, et rien ne pouvait faire prévoir une terminaison aussi subitement fatale. L'on voit encore combien les douleurs fixées sur différens points de la tête, éloignés du siége de l'altération, avaient contribué à obscurcir le diagnostic. Il est probable qu'en multipliant de pareils faits on parviendra à les faire reconnaître dès le début, et l'on aura alors de nombreuses chances de guérison.

Luxation en haut de l'extrémité humérale de la clavicule.

Obs. — Mallagnery, du 16e de ligne, âgé de 25 ans, d'une constitution robuste, rentra à la caserne, le 14 octobre 1832, dans un état complet d'ivresse. Pendant la nuit, il se jeta en bas de son lit, et tomba sur le coude droit, et la partie postérieure de l'épaule du même côté; on ne s'aperçut dans le moment d'aucun accident, mais le lendemain Mallagnery se plaignait de ne pouvoir lever le bras, et d'éprouver de vives douleurs dans la région acromiale aux moindres tentatives de mouvement. On l'envoya immédiatement au Val-de-Grâce, où il fut placé dans mon service, lit 28, salle 22. En l'examinant, nous reconnûmes une luxation de la clavicule aux signes suivans : entre la partie latérale du cou, et le bord externe de la tête humérale, existait une saillie anormale très-prononcée; elle correspondait exactement à l'extrémité externe de la clavicule, comme on s'en assura avec un fil donnant la longueur de la clavicule, mesurée du côté sain. On pouvait suivre avec les doigts le trajet de l'os depuis le sternum, et l'on arrivait à la saillie indiquée. En déprimant de haut en bas la clavicule, on l'abaissait en dehors manifestement, et on rendait également aux parties une conformation à peu près naturelle en soulevant l'épaule; enfin, en combinant la pression sur la clavicule avec ce mouvement d'élévation de l'omoplate, toute difformité disparaissait. L'intervalle qui sépare l'extrémité humérale de la clavicule, du bord externe de l'acromion, était beaucoup plus étendu que du côté sain, par suite de l'abaissement du moignon de l'épaule, ce qui donnait au bras un pouce de plus en longueur, en le mesurant de l'extrémité claviculaire à l'olécrâne. Le bord postérieur du scapulum soulevait fortement les tégumens, le bord antérieur était pressé contre les côtes, l'angle postérieur et inférieur était dirigé en arrière, en dedans et en haut; l'angle acromial ou glénoïdien s'inclinait en dehors et en bas.

D'après les traces de contusion existant à l'épaule et au coude du côté droit, il était facile de comprendre comment la luxation s'était opérée; le malade étant tombé sur le côté et un peu en arrière de l'épaule la clavicule avait supporté tout l'effort de la chute, son extrémité avait glissé sur l'acromion en déchirant les ligamens acromio et coraco-claviculaires, et s'était ainsi luxée en haut; déplacement beaucoup plus facile que celui de l'extrémité sternale, qui est volumineuse et soutenue par la large surface articulaire du sternum, tandis que la portion externe et mince, aplatie et revêtue d'une surface articulaire étroite; elle dépasse en outre, chez quelques personnes, le niveau de l'acromion, et semble seulement juxta posée contre le bord de cette apophyse, disposition qui se remarquait d'une manière frappante sur le sujet de cette observation. La saillie formée par l'extrémité luxée de la clavicule est augmentée par l'action du trapèze qui la soulève directement, et aussi par l'abaissement du scapulum, qu'entraîne le poids du membre.

La luxation fut maintenue réduite en plaçant un coussin conique sous l'aisselle et en fixant la main droite sur l'épaule gauche, de manière à diriger le coude en haut, en avant et un peu en dedans, et par conséquent l'omoplate en haut, en arrière et en dehors; une longue bande dont le point d'entrecroisement répondait à la clavicule, fut appliquée en 8 de chiffres, et une large écharpe maintint l'appareil. Ce bandage fut réappliqué deux fois, et, le 6 novembre 1832, le bras avait repris tous ses mouvemens, la clavicule paraissait bien fixée sur l'acromion, et je renvoyai le malade à son corps, en lui recommandant de ménager encore quelque temps les mouvemens du membre.

On comprend sans peine comment cette espèce de luxation a pu être confondue avec la fracture de la clavicule et la luxation de l'humérus.

La luxation de la clavicule, offre des symptômes communs à la fracture, tels que l'abaissement de l'épaule, l'impossibilité d'élever le bras et de porter la main vers le front, etc. On croit même quelquefois entendre de la crépitation, soit qu'elle provienne du froissement des ligamens déchirés ou des mouvemens de l'os sur les parties en contact, et un des assistans assurait avoir senti une crépitation distincte chez Mallagnery; mais si l'on mesure la clavicule, tous les doutes disparaissent, car le fragment interne sera nécessairement beaucoup plus court que la clavicule en-

tière, et d'ailleurs la distance, du point qui forme saillie, au bord externe de l'acromion, ne laissera aucun doute, à moins d'un très-grand gonflement qui ne peut tarder à se dissiper.

Pour croire à une luxation de l'humérus en bas, il faudrait confondre l'extrémité de la clavicule avec le bord externe de l'acromion, et prendre le moignon de l'épaule pour la tête de l'humérus. Gallien nous apprend que cette erreur a été commise sur lui-même; il suffit, je crois, de la signaler.

Coup de feu à la partie supérieure de la cuisse droite; fracture du grand trochanter, amputation coxo-fémorale; mort au bout de 25 heures.

Je fus chargé, avec mon collègue le docteur Melkel, chef de la troisième ambulance à l'armée de Pologne, d'établir un hôpital provisoire à Lukow, après la bataille de ce nom, livrée le 8 août 1831. En deux jours nous reçûmes cinq cents malades, tant blessés que cholériques, et nous eûmes un service très-actif de pansemens et d'amputations de toute espèce.

Obs. — Parmi les blessés était un soldat russe, d'environ 40 ans, d'une constitution athlétique, qui avait reçu une balle en arrière du grand trochanter du côté droit; cette apophyse avait été brisée et le projectile était venu sortir à la partie interne et antérieure de la cuisse, vers le tiers supérieur de sa hauteur. Le 30 août l'inflammation n'avait pas paru. Le blessé était calme, sans aucune fréquence du pouls; il n'accusait aucune douleur, quoique la plaie eût été bourrée de charpie et qu'on eût exercé sur elle une très-forte compression pour arrêter probablement l'écoulement du sang.

Je me décidai à amputer immédiatement le membre dans l'articulation coxofémorale, et la nature et la direction de la plaie me laissant le choix du procédé, j'exécutai celui qui a été décrit par mon ami le docteur Cornuau dans le journal de médecine militaire.

Le malade ayant été placé sur une table, fut couché sur le côté gauche, la cuisse droite un peu fléchie, j'appliquai les doigts de la main gauche sur le grand trochanter pour reconnaître sa hauteur et tendre la peau; je portai la pointe du couteau droit dont j'étais armé à deux pouces au-dessus de cette éminence, et l'enfonçant avec force vers la tête du fémur, j'en inclinai ensuite le tranchant le long du bord antérieur du grand trochanter, pour continuer l'incision jusque vers la partie antérieure de la cuisse, en ayant soin de n'intéresser, en la terminant, que l'épaisseur des tégumens; cette première incision achevée, je reportai à son point de départ la pointe du couteau, et je pratiquai une seconde incision de même longueur, le long du bord postérieur du grand trochanter, de manière à circonscrire ainsi cette éminence entre les deux sections indiquées. Au moment où je coupai profondément les chairs dans ce second temps opératoire, il s'écoula un flot de sang provenant de l'artère ischiatique et de quelques autres rameaux, et un de mes aides, M. Zagroswki, eut beaucoup de peine à réprimer cette hémorrhagie abondante, en enfonçant ses doigts dans la plaie pour comprimer les orifices vasculaires. J'incisai alors le ligament capsulaire sur la tête du fémur, qui apparut avec sa couleur nacrée; un léger mouvement de flexion et de rotation en dedans fut imprimé à la cuisse; je coupai le ligament inter-articulaire, la partie antérieure et interne de la capsule, et tirant à moi la tête du fémur, je passai au-dessous d'elle la lame du couteau et j'enlevai le membre d'un seul coup, en ayant soin de suivre le bord des deux incisions et de les réunir en dedans par la section de la partie interne du membre, que je pratiquai à cinq travers de doigt au-dessous du pubis. Mon confrère Melkel avait porté la main derrière le couteau et comprimé tout le paquet vasculaire, de sorte que l'artère fémorale ne donna presque pas de sang; ce vaisseau s'offrait vide et béant à la surface de la plaie, et il fut aussitôt entouré d'une ligature; j'en fis autant à la fémorale profonde, à la circonflexe, à l'ischiatique; les deux bouts des ligatures, très-fines et en soie, furent coupés près de leurs nœuds, et je n'eus plus qu'à procéder au pansement.

Cette désarticulation n'avait pas duré plus de temps qu'une simple amputation du fémur; le malade n'avait pas perdu une grande quantité de sang, et heureux de voir l'opération terminée, il m'embrassait les mains et priait Dieu de le sauver.

La plaie, parfaitement régulière, représentait un ovale alongé de haut en bas, et de dehors en dedans; elle fut réunie, selon notre constante habitude, par première intention, les bords rapprochés d'avant en arrière au moyen de bandelettes agglutinatives, maintenues par des plumasseaux, des compresses, et une longue bande serrée par des circulaires autour du tronc. Le malade fut mis sur un des lits du couvent où nous avions établi notre hôpital; il but un verre de vin, et bientôt après un demi-verre d'eau-de-vie qu'il demanda avec instance. J'avais prescrit un infusion de menthe éthérée, mais elle ne fut pas donnée, et lorsque je revis le malade, quelques heures plus tard, je le trouvai dans un accablement profond; pouls petit et filiforme, chaleur nulle, hoquet, malaise insupportable; je m'empressai d'aller lui préparer une potion avec infusion de menthe, de laudanum et quelques gouttes d'éther sulfurique. Cette potion arrêta le hoquet sans rappeler la chaleur, et ayant été obligé de le quitter pour continuer le service que nécessitait la foule des blessés, je ne le revis que le soir. Le prisonnier russe, que j'avais placé près de lui en qualité d'infirmier, avait disparu, et je trouvai le malheureux opéré s'agitant sur le carreau froid et humide de la salle, sans qu'on se fût occupé de le reposer dans son lit. Tout le corps était alors glacé, l'agitation convulsive, il vomissait d'abondantes sérosités; je le fis frotter avec de l'eau-de-vie chaude, je lui donnai une décoction de quinquina avec addition d'éther et de laudanum; on l'enveloppa dans des couvertures chaudes, sans pouvoir faire cesser cet état de spasme, qui dura toute la nuit; le lendemain il délirait, poussait des gémissemens sourds et continuels, et il mourut à quatre heures du soir, vingt-cinq heures après l'opération.

L'autopsie nous montra la plaie en partie réunie par une lymphe rougeâtre et peu tenace; aucun écoulement de sang n'avait eu lieu; les muqueuses gastro-intestinales étaient grêles; les vaisseaux veineux et les parenchymes assez remplis de sang pour empêcher

d'attribuer uniquement la mort à une trop grande perte de ce fluide. La stupeur produite par une opération si grave et si douloureuse, et le peu de soin que l'on put donner au malade, contribuèrent certainement à ce funeste résultat.

La lenteur avec laquelle l'inflammation paraissait chez les blessés russes était vraiment remarquable. Des hommes qui avaient eu les membres fracassés par le boulet, d'énormes plaies faites par des éclats d'obus, étaient sans fièvre au sixième et au septième jour. La plasticité du sang, qui est très-grande chez les soldats russes, est, je crois, la véritable cause de ce phénomène, et elle se lie probablement au défaut de sensibilité et à l'abrutissement moral de ce peuple.

Le procédé de M. Cornuau est celui que je fais manœuvrer dans mes cours particuliers de médecine opératoire, et il me paraît l'emporter sur tout autre, en ce qu'il donne une plaie ovalaire aussi petite que possible, dont les bords sont bien soutenus et faciles à rapprocher et à maintenir réunis; la profondeur de la plaie est partout la même; on évite le lambeau trop mince que forme la peau détachée au-dessus du grand trochanter, et on a l'avantage de ne couper l'artère fémorale qu'au moment où l'on termine l'opération.

Affection des caroncules lacrymales, simulant l'ophthalmie chronique; guérison obtenue par l'excision.

J'ai eu à traiter au Val-de-Grâce et à l'hôpital de Picpus un assez grand nombre d'ophthalmies, dont plusieurs furent compliquées d'altérations de la cornée, de staphylôme commençant; avec déplacement et inflammation de l'iris; mais je ne fais qu'indiquer ces cas parce qu'ils ont cédé aux moyens ordinaires de traitement, et particulièrement à l'emploi du séton. Deux faits d'inflammation granuleuse et purulente des caroncules lacrymales présentent plus d'intérêt; ils me paraissent devoir être distingués de l'encanthis, et leurs symptômes, rebelles aux moyens employés contre l'ophthalmie, semblent avoir quelque chose de spécial.

Obs. I. — Roll, du 14e léger, âgé de 23 ans, d'un tempérament sanguin, bien musclé, de taille moyenne, et jouissant sous tout autre rapport d'une santé florissante, était tourmenté depuis plus d'un an d'une ophthalmie de l'œil gauche; saignées, vésicatoires, séton avaient été employés sans succès, lorsqu'il entra dans mon service le 19 août 1832, et fut placé au n° 30 de la salle 22, au Val-de-Grâce. En examinant l'œil avec attention, je trouvai la conjonctive légèrement injectée, la caroncule un peu plus volumineuse qu'à l'état normal, et couverte de granulations très-fines qui s'étendaient sur la muqueuse environnante. Chaque matin on trouvait du pus amassé au grand angle de l'œil et les paupières plus ou moins collées; une lumière vive, de la poussière, la fatigue, amenaient le larmoiement et une injection plus marquée de toute la conjonctive; je recherchai s'il n'existait pas quelque poil qui occasionât cet état de l'œil, comme dans l'observation d'Albinus, mais je ne pus découvrir aucun corps irritant.

Convaincu que la muqueuse recouvrant la caroncule, et cet organe lui-même étaient devenus le siége d'une suppuration pour ainsi dire fonctionnelle, comme le prouvaient le temps écoulé et les granulations de la surface, je cherchai à les modifier par la cautérisation au moyen du nitrate d'argent et l'emploi des collyres dessiccatifs; mais je n'obtins aucun succès et le malade quitta l'hôpital au bout d'un mois, n'ayant pas voulu se soumettre à l'excision.

Obs. II. — Je ne tardai pas à rencontrer un second fait semblable, avec cette légère différence que la maladie affectait les deux yeux. M. M***, lieutenant au 35e régiment de ligne, âgé de 36 à 38 ans, d'un tempérament sanguin, d'une vigueur remarquable et d'une santé florissante sous tout autre rapport, fut attaqué, en octobre 1831, d'une double ophthalmie qu'aucun moyen n'avait pu guérir. Pendant près de trois ans, l'on avait essayé les collyres de toute espèce, le régime, les applications répétées de sangsues aux tempes et au siége, les pédiluves sinapisés, les vésicatoires, le séton à la nuque, les eaux de Bourbonne au mois de juin 1832; mais ces traitemens n'avaient amené aucune amélioration. Les yeux étaient très-irritables, et le siége de congestions sanguines continuelles et intenses. Le malade entrait-il dans une chambre échauffée, s'exposait-il à la poussière, à une lumière vive, ou essayait-il de lire ou d'écrire quelques lignes, aussitôt le sang se portait avec violence vers les yeux, qui devenaient très-rouges, douloureux, larmoyans, et force était à M. M*** d'aller faire quelques tours de promenade au grand air pour dissiper cet état. M. M*** demeurait seul, ne faisait plus de feu, même pendant les grands froids; il mangeait peu et avec précaution, craignant la vapeur chaude des alimens, qui excitait la congestion redoutée, il avait renoncé au vin, aux liqueurs, au café, à toutes les viandes noires, et était ainsi parvenu à éloigner les crises; mais leur facilité restait la même. Les paupières étaient collées entre elles chaque matin, et une mucosité trouble et purulente s'amassait souvent au grand angle de l'orbite. M. M*** se décida à venir subir un traitement au Val-de-Grâce, d'après les conseils d'un de mes confrères et amis, M. le docteur West, qui me pria de suivre ce malade, auquel il portait beaucoup d'intérêt. A son arrivée, dans le courant de février 1833, M. M*** fut obligé de loger seul, ne pouvant supporter la température de la salle commune aux officiers. Nous trouvâmes, en examinant les yeux, le globe oculaire très-sain, la conjonctive légèrement injectée dans l'intervalle des crises, mais devenant d'un rouge pourpre pendant leur durée; les caroncules étaient un peu volumineuses, fortement granulées à leur surface, rouges, et sécrétant continuellement du pus. Sous tout autre rapport, la santé était parfaite; il y avait identité entre cette lésion et celle du malade de l'observation précédente; elle expliquait les symptômes, et je résolus d'exciser les caroncules, si la cautérisation ne réussissait pas. Ayant réuni MM. le docteur West, et mon ami le docteur Bourjeot-Saint-Hiliaire, qui s'occupe particulièrement des maladies des yeux, et qui a la bonté de venir quelquefois me donner son avis dans les cas difficiles, nous convînmes d'employer la cautérisation avec le nitrate d'argent avant de tenter l'excision, et de fa-

voriser ce traitement par l'usage de pédiluves et de quelques laxatifs.

Pendant plus d'un mois, je cautérisai tous les jours les caroncules; le plus souvent, la rougeur produite par cette petite opération avait disparu le lendemain. Jamais elle ne persista au-delà de trente-six heures. Mais les caroncules, loin de diminuer, devinrent plus grosses et plus molles, la suppuration n'avait pas cessé et l'excision fut arrêtée.

Je la pratiquai la première fois sur l'œil gauche; la caroncule, saisie avec de petites pinces à crochet, fut soulevée et excisée d'un seul coup avec des ciseaux courbes sur le plat. A peine s'il y eut écoulement de sang; l'œil fut lavé à l'eau froide, et je recommandai au malade de le couvrir pendant la journée.

La caroncule enlevée était rouge, molle, tuméfiée; les cavités crypteuses étaient agrandies et reconnaissables, sans aucune autre altération de tissu.

Le lendemain, l'œil n'est ni enflammé, ni injecté, et au bout de quelques jours il ne reste aucune trace d'opération, les mouvemens de l'œil sont faciles et la suppuration supprimée.

L'excision fut également faite sur l'œil droit et avec le même succès; peu à peu les congestions diminuèrent de fréquence; le malade commença à lire et écrire; il se départit de son isolement, et six semaines environ après avoir été opéré, il rejoignit son corps parfaitement guéri. J'ai appris par M. le docteur West que cette guérison s'était non-seulement soutenue, mais consolidée depuis que M. M*** a repris son service.

—

L'observation suivante est un exemple de la coïncidence de la fistule à l'anus avec la phthisie, circonstance plus rare dans la pratique qu'on ne serait tenté de le croire d'après les auteurs. Il ne paraît pas qu'elle ait eu non plus sur la marche de la maladie toute l'influence qu'on veut bien lui accorder.

Pneumonie chronique; fistule à l'anus; nécroscopie.

Obs. — Vicillpans, soldat au 40e de ligne, âgé de 27 ans, entra au Val-de-Grâce le 3 septembre 1832, et fut placé dans mon service, salle 22, lit 29. Il n'avait accusé qu'une fistule à l'anus, mais il était depuis long-temps atteint d'une pneumonie chronique droite, qui nous parut contre-indiquer toute opération. La fistule avait été la suite d'un abcès développé sans causes connues, et elle datait de huit mois. Un régime sévère, quelques sangsues, un vésicatoire, l'opium en petites doses, avaient calmé la fièvre et diminué l'expectoration; malheureusement ce bien-être tourna au profit de la faim, qui devint insatiable. Manger fut la seule idée de ce malade; outre la demi-portion qu'il parvint à obtenir, à force de plaintes et de cris, il achetait des alimens, s'en faisait apporter, et trompait toutes les surveillances. Une teinte jaunâtre, un peu de gonflement de la face, la fréquence du pouls, montraient les progrès de l'affection; mais le malade soutenait aller mieux que jamais et répondait à nos observations par la demande de nouveaux alimens. Enfin, le 20 septembre, il avoua qu'il n'en pouvait plus, qu'il étouffait; il avait du dévoiement, des sueurs, une insomnie continuelle. La diète, 15 sangsues à l'anus, arrêtèrent la diarrhée, mais deux jours après on trouva un pain de deux livres sous l'oreiller du malade, qui mourut le 31 octobre, deux mois après son entrée à l'hôpital.

Examen cadavérique. — Désorganisation complète du poumon droit, dont la moitié supérieure est une vaste caverne remplie de pus; poumon gauche assez sain et crépitant, mais les bronches en sont énormément dilatés et obstrués par un mucus puriforme; système digestif très-sain.

La fistule n'offrait qu'un seul orifice extérieur, situé à six lignes environ du côté gauche de l'anus; cet orifice, assez large et le siége d'un suintement abondant pendant la vie, conduisait, par plusieurs trajets sinueux, noirâtres et indurés à trois ouvertures; la première s'ouvrait immédiatement au-dessus du sphincter anal; les deux autres, plus élevées de quelques lignes, correspondaient à une rangée de vastes lacunes, occupant, sur une seule ligne circulaire, le pourtour de l'intestin. D'autres trajets fistuleux s'élevaient beaucoup plus haut, mais en s'écartant du rectum, dont les parois n'étaient nullement dénudées; quelques-uns offraient une membrane interne blanchâtre, lisse, comme séreuse, qui représentait parfaitement un canal veineux.

Ce fait vient à l'appui des doctrines de M. Ribes et du baron Larrey, qui professent depuis long temps, que l'orifice interne des fistules à l'anus se rencontre toujours à la partie la plus inférieure du rectum, ou dans la portion de l'intestin située immédiatement au-dessus du sphincter.

GAZETTE DU 15.

PATHOLOGIE SPÉCIALE.

—

NOTE

SUR LE TARENTISME,

Observé dans le royaume de Naples,

Lue à l'Académie royale de médecine, le 27 août 1833,

Par M. Salvatore di Renzi, D.-M., etc.

Ayant fait, l'année dernière, un voyage dans une région du royaume de Naples, où la maladie appelée *tarentisme* se rencontre dans toutes ses formes, et ayant recueilli des observations assez curieuses sur cette maladie, je profite de la circonstance de mon séjour à Paris, pour avoir l'honneur de les communiquer à l'Académie. Je suis persuadé que les faits authentiques que je vais vous exposer, doivent, à la fois, dissiper de votre esprit tous les doutes qu'on avait avancé, sur cette maladie, et vous faire traiter de fables toutes les histoires qu'on avait tracées sur le même sujet.

Dans la partie sud-est du royaume de Naples, vis-à-vis de la Grèce, il existe une région intéressante pour le climat et pour les productions naturelles. Environnée de collines et peu élevée au-dessus de la surface de la mer, la géognosie de cette contrée se compose de couches de chaux carbonatée et gypse; les arbres qui y croissent sont les vignes, les oliviers qui forment des bois très-étendus, et qui viennent même spontanément dans les lieux non cultivés, et des palmiers nombreux et très-élevés. Il n'y a ni fontaines ni rivières dans cette région; l'eau qu'on y rencontre, et qui provient des montagnes, forme de petits ruisseaux disséminés; elle est impure, marécageuse, malsaine. Cette contrée est exposée à des courans atmosphériques très-variés qui proviennent tantôt du côté de la Grèce, tantôt du golfe de Tarente. Les endroits où l'on rencontre le plus ordinairement la maladie dite *tarentisme* sont plusieurs territoires de la province que je viens de décrire, et qu'on appelle d'*Otranto* ou des Salentins.

L'insecte qui occasionne cette maladie est appelé *phalangio* par Aristote; il appartient à la famille des araignées. Ces insectes sont de grandeur variable; les uns sont gros comme une mouche, les autres comme cette espèce de coléoptères qu'on appelle scarabée. Leur couleur n'est pas la même pour tous, il y en a de noirs, de jaunes, de rouges, de gris, etc. Il y en a aussi dont la couleur est mélangée. Chacun de ces insectes est pourvu de huit yeux, de quatre mâchoires (Deux grandes et deux petites), et d'une trompe bien caractérisée.

Les effets venimeux de la tarentule sont vrais et réels. Son poison agit sur le système nerveux, il produit une espèce particulière de monomanie hypocondriaque, qui est indiquée par le mot *tarentisme*. Le poison en question paraît avoir de l'analogie avec le venin du coluberbrus, dont il ne semble différer que par la densité seulement. Introduit dans une partie des tégumens, le venin de la tarentule produit, comme la piqûre d'une abeille, une phlogose circonscrite. Quelquefois le gonflement est très-remarquable et se communique aux parties environnantes, avec un sentiment de douleur aiguë. Quelques heures après la piqûre de l'insecte on est triste, morne, silencieux; on éprouve une espèce d'angoisse, un resserrement à la poitrine, des vertiges, un tremblement général: le pouls est fréquent et irrégulier; des nausées, des vomissemens surviennent, et si le remède n'arrive pas à propos, l'accès dure pendant quelques jours avec intensité, et puis le malade reste dans une espèce d'hébétude; le simple souvenir de son malheur lui cause des accès hypocondriaques très-violens. Le retour de la chaleur de l'été et la vue de quelqu'autre individu atteint de la même maladie que lui, le jettent dans des fureurs épouvantables.

Le traitement le plus communément mis en usage par les habitans du pays contre ce mal, consiste à faire danser les malades au son d'un violon ou d'une cornemuse. Ils font par là suer les malades, et il distraient ainsi l'imagination accablée de la tristesse du mal, en agissant avec la musique sur le système nerveux. De là dérive l'étymologie du mot *tarantella* qu'on donne à une certaine danse populaire de Naples. Le peuple attache à ce remède un effet surnaturel; il croit que l'insecte tarentule danse dans le même instant que le malade, et par cette raison n'ajoute foi à aucun autre moyen thérapeutique. C'est un préjugé sûrement, qui a donné naissance à plusieurs fables, qui a rendu incroyable le fait, et qui a quelquefois servi d'instrument aux passions, et particulièrement à l'amour, qui souvent conseille aux jolies villageoises de se montrer *attarantées* pour cacher la piqûre qu'elles en ont reçue dans le cœur, et qui les fait délirer.

Cependant il est hors de doute que la danse est un moyen très-utile pour guérir promptement cette maladie; car l'énergie qu'elle éveille dans le système nerveux, la surexcitation musculaire et cutanée qu'elle détermine, et l'abondante sueur qu'elle développe, sont des effets assez propres à guérir cette maladie. Les médecins ne bornent pas simplement à ce moyen tout le traitement du tarentisme. Ils emploient aussi d'autres remèdes; mais comme ces derniers manquent du prestige enchanteur de l'imagination, ils ne réussissent pas aussi bien que la danse, et il paraît réellement qu'une harmonie particulière est assez capable de ramener le système nerveux à son état normal. C'est ainsi qu'Asclépias ramenait à la raison quelques phrénétiques avec le chant; et que David, avec sa harpe, calmait le cœur agité de Saül.

Pline, Galien, Oribase, Dioscoris et d'autres anciens, ont beaucoup vanté la thériaque pour la piqûre du phalangio ou de la tarentule, de même qu'ils l'ont fait pour la morsure de la vipère. Chez les Salentins on fait usage de ces médicamens quelquefois avec avantage dans les cas graves du tarentisme.

Un autre moyen mis en usage contre le mal en question est l'ammoniaque à l'intérieur et le savon ammoniacal à l'extérieur. L'action de ces médicamens ramène promptement les malades à l'état de santé. Les préjugés religieux cependant n'ont pas manqué de se mêler avec le tarentisme, et ils recommandent sérieusement l'usage de l'eau d'un puits existant près du couvent de Saint-Pierre à Galatina. L'individu qui a été piqué par l'insecte, boit de cette eau, qui produit un vomissement subit et extraordinaire. J'ai examiné moi-même cette eau; elle est le produit de la distillation naturelle des eaux impures de la ville, lesquelles sont chargées de substances animales putréfiées et ammoniacales. Ce sont ces substances qui produisent le vomissement auquel on attribue la guérison; elle pourrait d'ailleurs être due plutôt à l'action de l'ammoniaque, dont l'effet spécial sur les nerfs et sur l'organe cutané est très-connu.

Tous les diaphorétiques en général ont guéri plusieurs fois les effets de la piqûre de la tarentule: parmi eux les plus usités sont les antimoniaux, de même que la scille et l'oignon, etc. On fait prendre encore des fumigations vineuses et aromatiques générales (espèce de bains de vapeurs), qui sont très-efficaces pour rétablir la transpiration cutanée. Les acides citrique et acétique sont considérés par quelques médecins comme propres à neutraliser le venin.

Il y a des médecins qui croient le *tarentisme* une espèce d'affection hypocondriaque, produite par la simple action du climat et de la chaleur de l'été; mais les deux observations suivantes suffiront, je crois, pour mettre dans tout leur jour les causes, le développe-

ment, les symptômes et le traitement le plus approprié de la maladie.

Obs. I. — Concetta Scardia, fille de Pasquale, du village de Novoli près de Lecce, fut au troisième mois de sa naissance piquée par une tarentule. Elle paraît d'abord inquiète, puis elle manifeste de la difficulté dans la respiration, crie et se plaint; elle présente des symptômes de suffocation, et de vomissement. Pendant que la petite malade est vivement agitée par des mouvemens convulsifs, ses parens font jouer devant elle un instrument musical, ils meuvent les bras, les jambes de la petite malade, et la mettent en des mouvemens tels qu'ils lui excitent une sueur abondante par tout le corps; mais leur fille parut alors plus abattue qu'auparavant, à cause de la fatigue qu'ils avaient produite dans ses membres. On la couche, la petite s'endort de suite, ce qu'elle ne pouvait pas faire auparavant. A son réveil, cette petite fille se trouva entièrement guérie du tarentisme dont elle était atteinte.

Obs. II. — Un moissonneur dormait profondément sur le terrain; une tarentule de l'espèce la plus dangereuse fut approchée de son pied par un médecin qui voulait faire des expériences sur les effets de la piqûre de ces insectes. Le moissonneur fut piqué sur-le-champ: il se réveille, témoigne une vive douleur à l'endroit piqué, sans savoir ce qui lui était arrivé, car on avait pris soin de lui cacher entièrement ce qu'on venait de faire sur lui. Le malade voit dans l'endroit douloureux un petit gonflement circulaire, rouge-foncé, et un peu dur; il se croit blessé par quelque abeille, car on rencontre beaucoup d'abeilles partout dans les champs de ces contrées. Étourdissement, oppression dans la respiration, faiblesse dans les systèmes nerveux et musculaire; tels sont les premiers symptômes qui suivent la piqûre de la tarentule chez ce malade. L'oppression, l'abattement général augmentent; le délire survient, le malade est très-mal. On a recours au remède du pays, à la musique; le malade est invité à danser, il danse, il transpire abondamment, et sa guérison suit immédiatement l'emploi de ce remède.

Je pourrais rapporter beaucoup de faits analogues aux précédens pour prouver la réalité de la maladie appelée *tarentisme*, dont j'ai été moi-même témoin oculaire; mais comme ils n'apprendraient rien de plus que les deux observations qu'on vient de lire, je les omettrai pour ne pas abuser des momens de l'Académie.

HOPITAL DE LA PITIÉ.

—

CLINIQUE CHIRURGICALE DE M. LISFRANC.

(2e article.)

MALADIES DE L'UTÉRUS ET DE SES ANNEXES.

Des dérangemens de la menstruation considérés comme causes des engorgemens de l'utérus. — Des pertes utérines ou métrorrhagies. — Des écoulemens blancs ou pertes blanches. — Des accès hystériques.

Dans un premier article nous avons fait l'histoire des deux principaux moyens de diagnostic pour les altérations morbides de la matrice; le toucher et le spéculum. Avant de passer à la description spéciale de ces altérations, M. Lisfranc a jugé à propos d'examiner l'influence qu'ont sur leur développement les anomalies des fonctions de cet organe; étude non moins utile pour la prophylactique que pour l'étiologie, et qui n'avait été nulle part traitée d'une manière aussi neuve et aussi féconde. Fidèle au plan suivi par le professeur, nous allons donc exposer sa doctrine sur les dérangemens de la menstruation, les métrorrhagies, les écoulemens blancs, et les accès hystériques, considérés comme causes de l'altération matérielle de l'organe; prenant soin d'ailleurs de glisser légèrement sur les choses les plus connues, pour insister sur les résultats spéciaux de son observation et de sa pratique.

III. — *Dérangemens de la menstruation, considérés comme causes des engorgemens de l'utérus.*

Ces dérangemens peuvent être rapportés à quatre titres: le défaut de menstruation, et les accidens qui l'accompagnent, soit à son établissement, soit dans son cours naturel, soit à l'époque de sa cessation naturelle.

1° *Absence de la menstruation.* — Il y a des femmes qui n'ont jamais été réglées. M. Lisfranc a rencontré depuis dix ans quatorze cas de ce genre. Les modifications qui en résultent pour l'économie varient selon les sujets. J'en connais, dit le professeur, qui, à chaque retour de l'époque menstruelle, deviennent susceptibles, irritables et de fâcheuse humeur; éprouvent des étourdissemens, des suffocations, un sentiment de pesanteur dans le bassin, des coliques, etc., sans que jamais il apparaisse d'écoulement. D'autres arrivent à un âge avancé sans éprouver ces indispositions périodiques; mais d'ordinaire ce sont des femmes d'une santé chétive, d'une maigreur plus ou moins marquée, à tissus mous, flasques, décolorés; leur teint jaune annonce la souffrance; et tantôt elles sont fatiguées par des coliques et du dévoiement, tantôt par des palpitations, des maux de tête, etc.

Que faut-il faire dans ces circonstances? Parmi les praticiens, les uns attribuent ces phénomènes à l'organisation de la femme et se tiennent dans une inaction raisonnée; d'autres regardent l'absence des règles comme la cause à combattre, et cherchent à les rappeler par tous les moyens. Ces derniers nuisent souvent plus qu'ils ne sont utiles. En attirant le sang vers le bassin ils augmentent la congestion dont l'utérus est le siège; de là, un accroissement des symptômes qui souvent même persistent d'une époque menstruelle à l'autre, et ne laissent plus d'intervalles de repos.

Avant toutes choses, il importe de s'assurer de la cause qui empêche l'établissement des règles. Souvent le toucher révèle un engorgement de la matrice, qu'il faut combattre. M. Lisfranc a réussi deux fois, en dissipant cet engorgement, à établir une menstruation régulière, l'une des femmes est même devenue mère depuis. Si cette cause n'existe pas et si déjà il s'est écoulé un certain nombre d'années sans que les règles aient paru, en général elles sont définitivement perdues, et il faut renoncer à les rappeler. Est-ce à dire que le praticien abandonnera ces femmes à leurs souf-

frances ? Non sans doute. On peut suppléer à la nature et établir des évacuations sanguines artificielles. Ainsi lorsque le retour des douleurs annonce une époque menstruelle, on pratique au bras une saignée révulsive de 4 à 6 onces, ou bien encore on applique au bras 4 ou 5 sangsues dont on laisse peu saigner les piqûres. On y joint des bains généraux tièdes, un exercice modéré, un régime doux, humectant, approprié à la constitution; ainsi, aux femmes faibles et peu nerveuses, o permettra un régime nourrissant et quelques toniqu · chez celles où le système nerveux prédomine, on emploiera les narcotiques en lavemens et en frictions.

Quand ces douleurs, au lieu de revenir chaque mois, sont continues, l'indication est la même. On tâche de déterminer, d'après la recrudescence des symptômes, l'époque correspondante à la menstruation; sinon on en choisit une, et à chaque retour mensuel de cette époque on met en usage les moyens que nous avons indiqués. Comme il s'agit de modifier profondément l'économie, il faut s'attendre à un traitement assez long, de plusieurs mois à plusieurs années; mais il est rare qu'en persistant dans cette voie on ne finisse pas par réduire de beaucoup les douleurs, ou même par les faire disparaître entièrement.

A cette absence absolue des règles se rattache leur absence périodique durant un temps plus ou moins considérable. M. Lisfranc a vu des femmes qui n'étaient réglées que tous les quatre ou six mois, tous les trois, quatre et même six ans. Tantôt alors elles sont habituellement souffrantes, et l'indication est la même que pour celles qui ne sont pas réglées du tout; d'autres fois elles jouissent en apparence d'une santé parfaite. Il est à craindre que ce calme trompeur ne serve à déguiser quelque affection grave qui fera son apparition plus tard; une maladie du cœur, une péritonite latente, quelque affection pulmonaire chronique. J'ai connu, dit M. Lisfranc, trois jeunes femmes qui n'avaient point eu d'enfans et qui n'étaient réglées qu'à longs intervalles; elles sont mortes, l'une à 21 ans d'un anévrisme du cœur, les deux autres à 19 et à 24 ans, de phthisie pulmonaire tuberculeuse. En conséquence, le professeur pense qu'il est prudent de pratiquer de temps à autre une saignée du bras, et de prescrire un régime approprié. Il a suivi ce principe chez une femme de 36 ans, qui depuis six ans n'a pas vu ses règles, et qui se trouve très-bien de cette précaution.

2° *Première menstruation.* — On croit généralement qu'avant l'époque où s'établit ordinairement la menstruation, l'utérus est exempt d'altérations morbides, c'est une erreur qu'il importe de détruire. M. Carron du Villards a rencontré un polype avec engorgement du corps utérin sur une enfant de 7 ans. Nombre de femmes d'un âge déjà avancé font remonter les incommodités qu'elles éprouvent à leur première jeunesse. Ainsi, M. Lisfranc a donné ses soins à la femme d'un avocat dont la santé, dès avant l'époque des règles, avait commencé à dépérir. Elle accusait des maux de reins, une pesanteur habituelle avec douleur dans le bassin; on avait cru à une gastro-entérite. M. Lisfranc soupçonna une toute autre cause; l'exploration de la matrice révéla en effet un engorgement subinflammatoire de cet organe; on le traita, et la malade se porte déjà beaucoup mieux, et est à la veille d'une santé parfaite.

La théorie aurait pu seule faire pressentir ce que les faits ont confirmé. Les règles n'apparaissent point tout-à-coup; le sang commence long-temps à l'avance à se porter vers la matrice; s'il se rencontre quelque obstacle à son issue, (et l'on sait quelles difficultées cette évacuation éprouve en général à s'établir), cette fluxion vers l'utérus, répétée tous les mois, ne doit-elle pas finir par occasioner un engorgement de ce viscère? C'est à cette cause qu'il faut rapporter ces douleurs lombaires, ce poids vers le bassin dont se plaignent les jeunes filles dans ces circonstances, et par suite la pâleur, la bouffissure, l'inappétence, la perte des forces, les étouffemens et les palpitations que plus d'un médecin a attribués à un anévrisme, ou même à quelque chose de plus vague encore, à *une maladie du cœur*. Ce qui contribue d'ailleurs à obscurcir le diagnostic, c'est qu'au début de l'affection les femmes souffrent moins qu'elles ne souffriront plus tard, et qu'un sentiment de pudeur mal entendu les retient, surtout à cet âge, de s'expliquer nettement sur ce qu'elles éprouvent.

On voit par ce qui précède combien il est important pour la prophylactique des affections de l'utérus, de favoriser autant qu'on le peut l'établissement de la menstruation chez les jeunes filles. Nous ne parlons pas de celles qui sont fortes, bien portantes et chez qui la nature seule fait tous les frais de cette nouvelle fonction. Mais si la jeune fille est débile, dès les premiers prodromes de la menstruation, qu'on la mette à un régime très-nourrissant et à l'usage de légers toniques; les bains froids, les bains aromatiques, l'exercice en plein air et au soleil sont de puissans auxiliaires. C'est dans ce cas aussi qu'on emploie avec avantage les moyens locaux : pédiluves sinapisés, pédiluves avec la décoction d'armoise ou d'absinthe, fumigations aromatiques; quarts de lavemens biens chauds; injections chaudes dans le vagin; bains de siége émolliens; cataplames chauds autour du bassin et sur la vulve; ventouses sèches et scarifiées; vésicatoires volans; applications de sangsues en petit nombre aux malléoles, aux jambes, à la partie interne et supérieure des cuisses, rarement à la vulve; petites saignées du pied, etc. M. Lisfranc recommande, quant aux bains de pieds, de faire monter l'eau jusqu'aux genoux pour en obtenir tout le bien possible; il assure avoir éprouvé que le bain où trempent les pieds seuls est plus nuisible qu'utile.

Si, au contraire, des symptômes de congestion utérine se révèlent chez une jeune personne de forte complexion, ces moyens locaux ne feraient que l'augmenter. Il faut alors recourir aux bains chauds et fréquens, à un régime végétal et moins abondant que de coutume, à un exercice modéré pour ne pas trop exciter; et enfin, dans beaucoup de cas, à de petites saignées du bras d'une à deux palettes.

Une cause qui met souvent obstacle à l'établissement de la menstruation, c'est la masturbation. Outre les moyens mécaniques, il faut alors s'attacher à calmer le moral en éloignant toutes les causes d'excitation; et à apaiser l'excitation existante au moyen des narcotiques administrés principalement par le rectum.

Quels que soient les moyens auxquels on s'arrête

il est essentiel de ne les mettre en œuvre qu'à l'époque présumée des règles ou vingt-quatre heures auparavant. Dans les intervalles, on doit se borner aux palliatifs généraux.

Le choix des agens locaux est loin d'être indifférent. Rien de plus bizarre, et pour ainsi dire de plus capricieux que cette fonction de la menstruation. Chez telle femme, les pédiluves la provoquent; et chez d'autres l'arrêtent. L'application du chauffoir, les voyages à cheval ou en voiture, et une foule d'autres circonstances jouissent tour-à-tour, selon les sujets, de l'une ou de l'autre propriété. Le tempérament ni la constitution n'y font rien; il y a dans chaque femme, pour cette fonction, une idiosyncrasie spéciale, qu'il faut interroger et respecter avec soin chez celles qui ont déjà été réglées; et qui nécessite la plus grande réserve dans le choix des médications chez celles où l'expérience ne l'a pas encore révélée.

3° *Menstrues orageuses.* Les menstrues établies ne sont pas toujours pour cela exemptes d'accidens. Chez beaucoup de femmes elles signalent leur retour périodique par des douleurs intolérables qui se montrent quelques heures avant et continuent quelques heures après, ou encore durant toute la durée de l'écoulement, ou même un ou deux jours après. Presque toujours ces menstrues douloureuses sont héréditaires, et si l'on interroge les femmes qui en souffrent, on apprend que plusieurs femmes dans la famille en ont souffert auparavant et sont mortes de maladies de la matrice. Cette circonstance réclame donc une attention sérieuse; on conçoit facilement qu'un utérus qui a été le siége de pareilles congestions, à un mois d'intervalle, durant vingt ou trente ans, est plus exposé qu'un autre à des altérations consécutives. C'est aussi, dit M. Lisfranc, ce que j'ai eu occasion d'observer nombre de fois. Si dans l'intervalle des règles on explore les parties par le toucher, on trouve le col et plus fréquemment le corps utérin engorgé, accru en volume et occupé par une subinflammation. Si déjà le mal est arrivé à ce point, c'est avant tout cet engorgement qu'il faut combattre suivant les principes que nous exposerons plus tard.

Si, au contraire, on trouve l'utérus encore sain, il ne faut pas abandonner la femme à ses douleurs comme ces praticiens qui ne voient là qu'un effet naturel d'une constitution particulière. Sans doute il est difficile d'arriver à une guérison absolue, mais du moins on peut toujours apporter du soulagement. La constitution de la femme doit être ici un objet d'étude, non par vaine spéculation, mais pour éclairer le traitement qui devra servir à la modifier.

Dans la majorité des cas ces douleurs sont purement nerveuses. On dirait quelque chose qui soulève le ventre; la femme éprouve des contractions et des désirs violens; mais le coït, loin d'être agréable, agace et irrite les nerfs. Si l'on porte une injection dans le vagin, elle en est rejetée aussitôt. Le pouls est petit, serré, oscillant; les tendons ont des soubresauts, et le corps tout entier tressaille à la moindre émotion.

Deux ou trois jours donc avant les règles, on tentera de calmer cet état nerveux par l'usage des narcotiques et surtout du laudanum administré dans des quarts de lavement. Mais il faut agir aussi dans les intervalles d'une menstruation à l'autre. Si la femme est purement nerveuse, les bains froids, les injections chaudes dans le rectum, les narcotiques font quelquefois grand bien; d'autres fois ils nuisent; il faut étudier avec soin sous ce rapport l'idiosyncrasie de chaque malade. A des femmes lymphatiques, à chairs flasques et molles, on prescrira des toniques amers, des bains froids, une bonne alimentation, quelques narcotiques, et même au besoin, au milieu des règles, une très-petite saignée. Chez les femmes pléthoriques, qui généralement perdent peu, on recommandera de préférence les bains chauds de longue durée, une diète végétale, réduite aux trois quarts et même, par degrés, aux deux tiers de la quantité accoutumée, un exercice très-modéré, des boissons émollientes et abondantes, l'exclusion du café et des liqueurs, enfin, vingt-quatre ou quarante-huit heures après les règles, on pratiquera une saignée révulsive d'une palette, qu'on réitérera quinze jours après s'il y a indication.

Une fois les règles apparues, il ne reste d'ailleurs qu'à favoriser leur écoulement. Mais il peut arriver que les règles, après quelques heures ou un jour d'apparition, s'arrêtent brusquement, quoiqu'elles aient coutume de durer davantage. Si l'utérus est sain, il faut chercher à les rappeler dans les vingt-quatre ou quarante-huit heures qui suivent leur disparition. Il n'en est pas de même quand l'utérus est malade. Lorsque, dans ce cas, j'ai sollicité leur retour, dit le professeur, dix-neuf fois sur vingt mes tentatives n'ont servi à rien, qu'à accroître les douleurs. Aussi me suis-je fait une règle de laisser agir librement la nature. Seulement j'ai soin de pratiquer le lendemain une saignée révulsive du bras, que je réitère quinze jours après, et de prescrire, selon le tempérament, des boissons émollientes ou toniques.

D'autres fois, l'affection de l'utérus n'interrompt pas brusquement les règles, mais est cause qu'elles coulent en trop petite quantité. Doit-on chercher à favoriser l'écoulement! Dans plusieurs cas, dit le professeur, je l'ai fait avec succès; dans d'autres, j'ai accru la congestion. Il y a autant de faits pour que contre, et je n'ai point d'opinion bien arrêtée à cet égard. Si toutefois elles s'arrêtent complètement. Il y a de bonnes raisons pour ne point tenter de les rappeler. D'une part, très-probablement les moyens qu'on emploiera seront tout au moins inutiles, et d'autre part, il est à craindre qu'ils ne nuisent, en accroissant la congestion.

Enfin, les règles peuvent couler avec une abondance excessive. Nous avons dit que les femmes chargées d'embonpoint perdent d'ordinaire très-peu. Ce sont les femmes maigres chez qui l'écoulement est en général le plus considérable. Il en est qu'on pourrait suivre à la trace durant les deux premiers jours de leurs règles, malgré toutes les garnitures; le sang sort pour ainsi dire à plein vagin. Elles sont forcées de garder le lit, et demeurent fréquemment après dans un grand état de faiblesse. Des bains multipliés quand la femme est forte, un exercice modéré, une alimentation végétale et peu abondante, aideront à modérer ces évacuations excessives. Si l'on a affaire à une femme faible et nerveuse, c'est à une alimentation généreuse, aux narcotiques qu'il faudra recourir. Dans les deux cas, il ne faut pas omettre de petites saignées révulsives prati-

quées au bras quelques jours après les règles, et réitérées dans l'intervalle d'une menstruation à l'autre si besoin est.

4° *Cessation des règles.* Le terme moyen de la cessation des règles est fixé entre 40 et 50 ans. Il s'en faut cependant que ces chiffres représentent les deux extrêmes. M. Lisfranc a vu plusieurs fois les règles disparues dès l'âge de 35 ans; il a cité le cas d'une femme de 42 ans qui depuis 14 ans est exempte de tout écoulement en rouge, et en regard de cette cessation précoce il a opposé l'histoire de trois femmes auxquelles il a donné des soins, et qui sont encore réglées, l'une à 54 ans, l'autre à 56 et la troisième à 64. Toutes trois sont d'un tempérament ordinaire, et jouissent d'une santé florissante.

Chez beaucoup de femmes cette cessation des règles est annoncée plusieurs mois ou plusieurs années à l'avance par des dérangemens dans la menstruation; l'écoulement est tantôt plus, tantôt moins abondant, ou ne revient qu'à des époques irrégulières. La matrice se modifie peu à peu, de telle sorte qu'enfin elle ne livre plus passage aux règles; mais durant quelque temps encore, le sang y afflue chaque mois comme de coutume, et c'est une cause puissante de congestion. N'allez pas croire toutefois, dit le professeur, comme on l'a enseigné pendant long-temps, que les affections de l'utérus sont plus fréquentes à cette époque qu'à toute autre. Cette grande loi physiologique, que plus un organe est exercé, plus il est sujet à s'affecter, trouve ici comme ailleurs son application. C'est de 20 à 35 ans que les organes sexuels sont le plus exercés; c'est entre ces deux âges que leurs maladies sont aussi plus fréquentes. Nous avons dans cet hôpital, salle Saint-Augustin, un grand nombre d'affections de l'utérus; parmi les femmes qui en sont attaquées vous n'en trouverez pas trois qui aient atteint 40 ans (1).

Néanmoins, comme il a été dit, de cette époque dite critique datent, pour certaines femmes, des incommodités qui tiennent à la congestion utérine. Chez plusieurs, l'orgasme vénérien se fait sentir pour la première fois avec violence, et dans ces cas, dix-neuf fois sur vingt, il faut accuser l'irritation de la matrice; de la même manière que chez l'homme l'irritation, plus éloignée de la vessie, détermine de fréquentes érections. De là aussi des douleurs, des chaleurs vagues, des affections nerveuses, la céphalalgie, les palpitations, les fleurs blanches, et souvent aussi des pertes rouges. C'est dans les villes surtout que ces effets se déclarent. Dans les campagnes, les femmes, livrées à des occupations laborieuses, dépensent par le travail les matériaux qu'elles ne perdent plus par la menstruation.

Quand des accidens de ce genre apparaissent, il faut les combattre sans retard en suivant les principes déjà exposés. On n'ira donc pas chercher à accroître un écoulement trop peu abondant en attirant le sang vers la matrice, sûr moyen d'y déterminer une congestion; mais un ou deux jours après la cessation de l'écoulement on y suppléera par une petite saignée du bras révulsive. On oppose aux douleurs les bains, les lavemens narcotiques, les injections émollientes. Si les femmes sont en proie à des désirs vénériens bien prononcés, il faut se rappeler que cet orgasme, d'abord produit par l'irritation, peut contribuer ensuite à l'accroître. Il faut alors éviter avec autant de soin l'abstinence complète que l'abus excessif; un usage modéré du coït sera permis avec avantage. Enfin, si l'écoulement prend le caractère d'une perte, on aura recours aux moyens qui seront indiqués contre cet accident.

IV. — *Des pertes utérines ou métrorrhagies.*

Rappelons d'abord que notre dessein n'est de traiter de ces pertes qu'autant qu'elles ont rapport comme cause ou comme effet aux affections de l'utérus, et que nous laisserons à part les pertes qu'amènent la grossesse et la délivrance, et qui sont du ressort de l'accoucheur.

Les pertes utérines peuvent survenir chez les femmes réglées ou qui ont cessé de l'être. Ce dernier cas est fort commun. Ainsi, cinq, dix, quinze ans et plus après leur âge critique, les vieilles femmes sont prises d'une métrorrhagie soudaine, et s'imaginent que leurs règles sont revenues.

Il ne faut pas confondre les pertes utérines avec les règles trop abondantes. Les véritables pertes n'ont point cette régularité périodique qui distingue le flux menstruel. Ainsi, il va en apparaître une qui durera quinze jours, plus ou moins; puis elle disparaîtra spontanément, soit pour toujours, soit pour revenir à une époque indéterminée. Quelquefois pourtant elles se lient à l'apparition des règles, mais avec des caractères qui empêchent de les confondre. Tantôt les règles se montrent les premières, s'arrêtent au bout d'un ou deux jours, et le lendemain commence la perte, qui durera dix jours, et s'arrêtera à son tour vingt-quatre heures pour recommencer après. Tantôt la perte devance les règles, s'arrête un peu avant, et les laisse seules suivre leur cours accoutumé.

Lorsque ces pertes sont abondantes et durent depuis plusieurs années, elles sont pour ainsi dire devenues constitutionnelles, et il serait imprudent de chercher à les supprimer tout-à-coup. On aurait à craindre de voir des accidens plus graves se manifester sur d'autres organes, et principalement sur les poumons, dont les sympathies avec les organes génitaux sont si intimes. C'est de ce côté que doit veiller sur tout le praticien après la guérison d'une métrorrhagie d'ancienne date. Dès les premiers accidens, il faut se hâter d'évacuer le système sanguin, et d'appliquer un exutoire à la partie interne de la cuisse, ou même un de chaque côté si les symptômes sont bien intenses, pour remplacer le point d'irritation qui existait au bassin.

Une femme de la rue Saint-Louis, âgée de 28 ans, n'ayant jamais eu d'enfans, avait depuis douze ans une perte utérine paraissant régulièrement avant les règles.

(1) M. Constant Saucerotte a prouvé par des recherches statistiques faites sur une grand échelle, que la mortalité est plus grande chez les femmes entre 30 et 40 ans qu'entre 40 et 50. Nous avons demontré nous même le premier, contre l'opinion généralement admise, que les polipes utérins sont plus fréquens entre 30 et 40 ans qu'à toute autre époque de la vie. (Voir notre thèse de concours *sur les polypes utérins*, 2e édition, Germer Baillière.) (*N. du R.*)

La première fois que M. Lisfranc voulut supprimer l'hémorrhagie, il survint une péritonite; au second essai, malgré les saignées préparatoires, une péripneumonie se déclara; la troisième fois, ce fut une méningite. Tous ces accidens cédèrent comme par enchantement à l'application de sangsues à la vulve.

Une femme de la rue Saint-Martin souffrait depuis huit ans d'une perte semblable, entretenue par un engorgement de la matrice. Une saignée révulsive du bras arrêtait l'écoulement, mais il survenait de la céphalalgie ou quelque autre affection qui ne se dissipait bien qu'au retour de la perte.

Un jeune personne de la rue Gaillon, portant des tubercules dans les poumons, avait des pertes très-abondantes. Je me gardais bien, dit le professeur, de les supprimer entièrement. Seulement, je m'efforçais de les modérer, et aussitôt que la poitrine menaçait de se prendre davantage, j'avais grand soin de rappeler le sang vers la matrice. Par cette conduite simple, mais rationnelle, j'avais prolongé l'existence de la jeune malade durant trois années, pendant lesquelles la phthisie semblait être restée stationnaire. Elle partit pour la campagne. Le médecin nouveau à qui elle fut confiée n'eut rien de plus pressé que de supprimer l'hémorrhagie utérine, à laquelle il attribuait la faible santé de sa cliente; en peu de mois, elle fut conduite au tombeau.

L'hémorrhagie utérine est-elle une maladie essentielle, comme beaucoup de médecins le croient encore? « Depuis long-temps, dit le professeur, j'ai dit et enseigné que la métrorrhagie est à la matrice ce que l'hémoptysie est aux poumons. De même que ce dernier symptôme existe rarement sans altération organique du tissu pulmonaire, de même une perte utérine de quelque durée indique presque constamment une altération organique de l'utérus. Je ne veux pas dire que cela ait toujours lieu; car il n'est pas de règle absolue en médecine; mais sur le nombre immense de femmes que j'ai eu occasion d'examiner, je n'ai pas encore trouvé une seule exception. Que la métrorrhagie existe sans altération locale, cela peut bien être et je ne le nie point; je déclare seulement que je n'en ai point vu d'exemple. »

Les causes des pertes utérines varient. Tantôt elles sont dues à la présence d'un polype; nous en parlerons plus tard; d'autres fois à une inflammation légère ou grave du corps ou du col utérin, ou à des érosions légères sur cette partie, qui échappent au doigt explorateur et ne sont bien reconnues qu'à l'aide du spéculum; ou à une vaginite inflammatoire; ou enfin à toute autre cause d'irritation, siégeant dans le bassin et appelant le sang vers les viscères de cette cavité. On peut bien, en l'attaquant isolément, réprimer momentanément une perte utérine, mais pour la dissiper sans retour c'est à la cause qui l'entretient qu'il faut s'attacher; c'est elle qu'il faut reconnaître et détruire.

Or, d'après ce qui a été dit, il se présente au praticien trois cas bien distincts qui modifient le traitement des pertes utérines. Ou bien l'affection principale est curable, et la perte peut être supprimée sans danger; ou bien la perte est liée à une affection grave de quelque autre viscère que sa suppression aggraverait inévitablement; ou enfin elle dépend d'une affection utérine incurable elle-même. Plaçons-nous successivement à ces trois points de vue.

1° Encore que la femme ne présente aucune altération des viscères, nous avons vu que la suppression subite d'une métrorrhagie peut amener d'assez graves inconvéniens. Il faut donc avant tout y préparer l'économie, même quand la perte serait peu ancienne. Ainsi, on commencera par pratiquer au bras une saignée d'une ou deux palettes au plus. Bosquillon n'y manquait jamais, quand même la malade, avec les lèvres pâles et le pouls petit, aurait paru exsangue. Il n'est pas rare de voir sous son influence les forces renaître au lieu de diminuer. La femme gardera en même temps le repos et boira de la décoction ou du sirop de grande consoude. Le lendemain, si la malade est un peu forte, nouvelle saignée, toujours révulsive, et très-rarement spoliative. Après ces deux saignées, on peut passer aux moyens locaux, tels que les applications réfrigérantes ou astringentes; on fera élever le bassin; et, en dernière analyse, si la perte est considérable, on recourra au temponnement, l'un des moyens répressifs les plus certains. Quand la perte est enfin arrêtée, on traite la maladie qui lui avait donné naissance; la guérison de celle-ci prévient à coup sûr le retour de celle-là.

Les principes sont les mêmes quand la perte utérine est de vieille date, et a pris pour ainsi dire droit de domicile dans l'économie. Mais alors les précautions préparatoires doivent être dirigées de longue main, afin de disposer peu à peu l'organisme à se passer de cette sorte d'exutoire. Il faut agir durant des mois entiers pour modifier la constitution de la maladie; mettre en œuvre toutes les ressources hygiéniques, l'exercice, le régime tantôt tonique et substantiel, tantôt végétal et peu abondant selon l'état de la malade; les boissons tantôt émollientes, tantôt astringentes; et surtout de temps en temps les petites saignées révulsives. A l'aide de ces moyens généraux, peu à peu les pertes diminueront d'intensité d'abord, et bientôt de fréquence, et l'on arrivera sans danger à la possibilité de les supprimer tout-à-fait.

2° Si en même temps que la perte il existe une affection viscérale, le rôle du médecin est tout tracé; modérer l'abondance de l'écoulement par les moyens généraux indiqués; mais s'abstenir scrupuleusement des moyens locaux qui le supprimeraient tout-à-fait.

3° Reste le cas ou la perte est liée à une maladie de l'utérus incurable. Alors le plus souvent les pertes, pourvu qu'elle ne soient excessives, sont pour la malade un bienfait. Elles diminuent l'engorgement, et apaisent les douleurs les plus vives. Si elles s'arrêtent soit spontanément ou par les effets de l'art, les douleurs se ranimeut; tous les accidens s'aggravent. La désorganisation lente auparavant marche dès lors avec une rapidité effrayante. Évidemment dans ces cas il faut les respecter. Plus rarement la perte accroît les douleurs; elle est alors le signe d'un engorgement nouveau, qu'il faut combattre par les moyens généraux et surtout par les saignées révulsives.

Nous n'avons jusqu'à présent entendu parler que des pertes dont l'abondance, même considérable, ne va pas cependant jusqu'à menacer immédiatement la vie des malades. Si l'hémorrhagie se déclarait foudroyante,

sans nul doute toute autre considération devrait céder devant l'urgence de parer au danger actuel. Outre la saignée révulsive on doit alors mettre en usage les moyens locaux les plus prompts à agir, les injections froides et astringentes, ou même recourir au tamponnement sans délai. Nous ne voulons point décrire ici la manière de le pratiquer; notons seulement quelques principes posés par M. Lisfranc à cet égard.

Si le vagin est libre, il faut le tamponner à un pouce seulement de profondeur; s'il est rempli par des excroissance morbides, on établira seulement à plat sur la vulve une compression maintenue avec la main ou avec une bandage approprié. Le but de ces précautions est de ne point irriter par le contact de l'appareil, soit les tissus altérés, soit le col utérin, qui, comme on sait, acquiert une sensibilité plus grande dans l'état de maladie. On sait aussi quelle est l'influence des corps étrangers en contact avec l'utérus dans la production des métrorrhagies. Le caillot qui se formera entre l'appareil et le col utérin servira bientôt de tampon moins irritant. Au bout d'une heure ou d'eux, il faudra enlever l'appareil et le caillot, lorsque le cas requerra que la perte soit bien modérée, mais non subitement et entièrement supprimée.

V. — *Des écoulemens blancs ou pertes blanches.*

Les écoulemens blancs, comme les pertes rouges, ont été aussi trop souvent considérés comme affection essentielle. Sans doute ils peuvent venir d'abord du vagin seulement, et du vagin s'étendre à la matrice, ce qui constitue le *catarrhe vagino-utérin;* mais au bout d'un temps plus ou moins long, quelquefois très-court, l'utérus finit par s'engorger, et le catarrhe, qui d'abord était l'affection principale, n'est plus qu'un symptôme secondaire. Souvent aussi la maladie suit une marche inverse, et débute par l'engorgement du corps de l'utérus.

L'écoulement qui débute par la muqueuse vaginale ne la laisse pas toujours non plus dans le même état. Au commencement ce n'est qu'une simple injection avec plus ou moins de gonflement; plus tard surviennent l'infiltration, l'induration, les ulcérations du vagin ou du col, observation qu'on a donnée comme nouvelle et qui a été publiée il y a trente ans par Viguerie; et enfin des végétations. On conçoit dès lors la nécessité d'explorer attentivement le vagin, le col et le corps de l'utérus dans les cas de pertes blanches, et les modifications essentielles que le traitement doit subir.

Nous ne répéterons pas, sur les causes des écoulemens blancs, ce qu'on trouve dans tous les ouvrages; M. Lisfranc note spécialement l'usage des chaufferettes, l'usage du café au lait qui les ramène presque immédiatement chez certaines femmes. On sait que le deuxième et le troisième jour après les règles il survient fréquemment un léger écoulement blanc; mais M. Lisfranc a rencontré un fait plus singulier et qui a peu d'analogues, chez une femme affectée d'engorgement de l'utérus. Cinq, dix, quinze ou vingt jours après ses règles, quelques prodrômes se manifestent comme si elles voulaient reparaître; puis bientôt elle est prise d'un écoulement séreux tellement abondant qu'elle est forcée de se garnir, et tellement âcre qu'il irrite les grandes lèvres et la peau de la partie interne et supérieure des cuisses, et y cause des cuissons et des élancemens douloureux. Au bout de deux jours tout disparaît; il reste seulement un peu de pesanteur dans le bassin. Est-ce là ce qu'on appelait anciennement une hydropisie de la matrice? A diverses époques M. Lisfranc a exploré l'utérus par le vagin, le rectum et l'hypogastre, avec le soin le plus minutieux; il n'en a jamais trouvé le volume augmenté, à part l'engorgement. Afin de s'assurer mieux encore s'il ne se formait point dans son intérieur une collection de liquide, il a porté l'extrémité mousse d'une sonde de gomme élastique dans la cavité utérine, et il n'a jamais rien trouvé. Ce flux séreux est donc le produit d'une exhalation soudaine de la surface interne.

Les écoulemens blancs sont-ils ou non contagieux? sont-ils ou ne sont-ils pas vénériens? Questions difficiles à résoudre et qui partagent encore les praticiens. M. Lisfranc pense qu'un écoulement peut communiquer la vérole, et bien mieux encore lorsqu'il s'y joint de petites ulcérations du vagin et de l'urètre; cas plus fréquent qu'on ne pense, et dont on s'assure en regardant à la loupe ces parties dont les érosions légères échappent facilement à l'œil nu.

Passons aux détails du traitement.

Quand l'écoulement est récent et provient d'une inflammation aiguë de la muqueuse, on doit recourir avant tout aux antiphlogistiques. On prescrit donc des boissons émollientes, un régime végétal, une saignée du bras plus ou moins copieuse, ayant égard à l'abondance des règles; M. Lisfranc rejette les sangsues appliquées au bassin dans les maladies aiguës, hors lorsqu'elle se compliquent de péritonite. On y joint des injections émollientes presque froides dans le vagin, en tenant le bassin légèrement relevé pour garder l'injection et établir une sorte de bain local. Quand les accidens inflammatoires sont calmés, on donne les révulsifs tels que le copahu ou le poivre cubèbe pour achever la cure. C'est ordinairement l'affaire de peu de jours.

Si l'écoulement est chronique, les révulsifs parviennent encore à le tarir lorsqu'il n'y a pas d'altération des tissus qui l'entretiennent. Si la muqueuse est indurée, on fera à l'hypogastre et à la partie interne et supérieure des cuisses, des frictions résolutives avec la pommade d'hydriodate de potasse et l'onguent mercuriel; on pourra mettre dans le vagin une mèche enduite d'onguent mercuriel, si la femme peut la supporter; et enfin on a recours aux injections de diverse nature.

Pendant long-temps les chirurgiens ont craint de porter ces injections dans l'utérus lorsqu'il participait au catarrhe. Hippocrate en avait cependant donné le conseil, et Viguerie, sur la fin du siècle dernier, a renouvelé cette pratique.

Il ne s'agit que d'y apporter les précautions convenables; injecter d'abord de l'eau fraîche seulement, puis en venir aux décoctions ou aux solutions astringentes et styptiques dont on augmentera graduellement l'énergie, par l'addition de quelques gouttes d'un acide concentré. Une sonde de gomme élastique introduite avec ménagement sert à les conduire; et l'on parvient ainsi à triompher d'écoulemens rebelles à tous les autres moyens. Tantôt elles enlèvent l'écoulement d'em-

blée, ainsi qu'on le voit chez l'homme; ou bien elles agissent plus lentement, et demandent en général de 20 à 25 jours. D'autres fois enfin elles ramènent l'inflammation chronique à l'état aigu, on modifie alors le traitement selon le besoin, et 25 à 30 jours suffisent également à la cure complète.

Si l'écoulement est entretenu par des ulcérations chroniques, des végétations, des engorgemens de la matrice, ce n'est qu'en détruisant la cause qu'on peut espérer de dissiper radicalement l'effet.

Il est deux cas toutefois où il faut procéder avec plus de réserve. Lorsque ces pertes blanches datent de longtemps, elles sont devenues habituelles et nécessaires à l'économie. Souvent il est impossible de les remplacer et imprudent de le tenter; principalement si la malade est faible et a quelque tendance aux scrophules, et surtout encore chez les vieilles femmes. Dans les autres cas, il faut préalablement établir un exutoire propre à y suppléer.

Les écoulemens intermittens exigent aussi, pour leur suppression, les mêmes précautions que les pertes sanguines. Nous ne répéterons pas ce qui a été dit à cet égard. Toutefois, en étudiant avec soin la constitution, si l'on trouvait que ces écoulemens ont succédé à la suppression de quelque évacuation, à la répercussion de quelque exanthème, on pourrait, en les rappelant ou en les remplaçant par un exutoire artificiel, procurer la guérison sans inconvénient.

VI. — *Des accès hystériques.*

Suivant plusieurs médecins, l'hystérie n'étant jamais qu'une névrose, ne semble pas pouvoir se rattacher à des considérations chirurgicales. Mais l'expérience dément cette opinion trop exclusive, et si quelquefois la maladie est en effet nerveuse, le plus souvent elle est due à une irritation ou à une inflammation légère de l'utérus. Appelé très-fréquemment auprès de femmes hystériques, dit M. Lisfranc, j'ai pratiqué le toucher nombre de fois, et presque toujours la matrice m'a paru d'une grande sensibilité, et dans un état de turgescence avec hypertrophie. Le col avait la forme et la grosseur qu'il offre à deux mois de grossesse. Dans quelques cas d'autopsie, l'inflammation légère de la matrice que je signale m'a également été démontrée. Dès lors c'est au traitement antiphlogistique que M. Lisfranc donne généralement la préférence. Après les saignées révulsives du bras, il prescrit les bains, les injections émollientes, les narcotiques administrés par l'anus; et quand tous ces moyens échouent, la cautérisation transcurrente sur l'abdomen. Lorsque nous étions bloqués à Metz, en 1813, dit le professeur, une jeune personne avait, tous les deux ou trois jours, des accès d'hystérie rebelles à tous les moyens antiphlogistiques : la cautérisation transcurrente en triompha parfaitement.

On sait d'ailleurs que l'hystérie succède tantôt à l'abus, tantôt à la privation du coït. Ces causes méritent une grande attention; mais une règle de conduite capitale est de poursuivre le traitement avec persévérance, un mois et plus s'il est nécessaire; et si la maladie semble d'abord opiniâtre, se montrer aussi opiniâtre qu'elle. Le succès n'est souvent qu'à ce prix.

CHIRURGIE PRATIQUE

—

MÉMOIRE

SUR LES ANÉVRISMES FAUX PRIMITIFS ET FAUX CONSÉCUTIFS,

Et sur leur traitement par la méthode d'Anel ou de Hunter;

Par M. Nichet,

D.-M., chirurgien en chef désigné de l'hospice de la Charité, à Lyon.

PREMIÈRE PARTIE.

Anévrises faux primitifs.

Dans le dernier siècle tandis que la thérapeutique de l'anévrisme spontané était portée à un si haut degré de perfection par Anel et Hunter, les chirurgiens en étaient encore à l'amputation des membres pour les plaies récentes des artères. Ils avaient recours à cette opération, non pas seulement dans les plaies de troncs volumineux, tels que l'axillaire, la crurale, mais encore dans les lésions traumatiques des artères de la jambe et de l'avant-bras. Heureux le malade qui avait assez de courage pour faire le sacrifice de son membre avant d'être épuisé par l'hémorrhagie? Le passage suivant, de Van-Swieten, reproduit fidèlement l'état de la chirurgie à cette époque sur le sujet qui nous occupe. « Studiosus vigilem publicum noctu sic vul-
» neraverat ense ut arteria profundè decurrens sub
» suræ musculis discissa fuerit : vulneratus ingentem
» sanguinis jacturam passus prolabitur; invenitur ferè
» mortuus : reficiunt debilem cardiacis; statim iterum
» sanguis effluit ad animi deliquium usque. Vulneris
» orificium stipticis pulveribus replet, frustrà sic cona-
» tus hœmorrhagiam compescere non satis peritus chi-
» rurgus; interim pergunt vino et similibus languentem
» vulneratum reficere, sicque aucto sanguinis motu,
» augebatur hœmorrhagia, ex quâ miser periit. Vulnus
» hoc lethale pronunciatum est; verum quidam est
» quod hoc vulnus fuerit causa mortis; tamen in arte
» cognita erant talia auxilia per quæ vulneratus ser-
» vari poterat : si enim sub poplite compressisset
» arteriam idoneâ ligaturâ chirurgus, potùisset hœ-
» morrhagia sisti; aut dilatato vulnere arteria vulnerata
» potuisset ligari; vel saltem extirpatione membri vita
» servari potuisset » (*Comment. in Boh., aphor.*, t. I, p. 22, in-4°.) On voit que Van-Swieten concevait très-bien la possibilité d'arrêter une hémorrhagie provenant d'une des artères de la jambe par la ligature de la poplitée. C'est cette opération qu'il place en première ligne; c'est elle qu'il conseille de pratiquer d'abord. La recherche du vaisseau dans le lieu de la blessure ne vient qu'après. Enfin, l'extirpation du membre est

proposée comme une dernière ressource pour sauver la vie du blessé. De notre temps, où l'art est si perfectionné, il y a des chirurgiens bien moins avancés que Van-Swieten. Je me souviens avoir vu dans un hôpital, il y a quelques années, un paysan qui s'était ouvert l'artère tibiale antérieure avec la pointe d'une faulx; il périt des suites de sa blessure sans recevoir d'autres secours que des applications de glace sur la tumeur. Le chirurgien dont parle le commentateur de Boerrhaave n'aurait certes pas mieux fait.

Des auteurs modernes donnent encore le précepte absolu d'inciser la peau sur le trajet d'une artère blessée, de mettre le vaisseau à découvert dans le lieu de la plaie et d'y appliquer deux ligatures, une vers le cœur et l'autre du côté du système capillaire. On a, par ce moyen, la certitude de prévenir la récidive de l'hémorrhagie, tout en ménageant les branches collatérales qui entretiennent la circulation dans le membre. Mais l'avantage de conserver des branches collatérales est bien faible, si on considère que les artères les plus volumineuses de membres ont été liées pour des plaies récentes sans que la gangrène en soit résultée. Il y a peu de temps encore, M. Velpeau a lié l'iliaque externe au moment où elle venait d'être divisée à trois lignes au-dessus de l'épigastrique, et le malade a guéri sans accidens. (*Méd. opéra.*, tom. I, pag. 175. — Gazette médicale.)

La préférence que l'on accorde à la méthode ancienne sur celle d'Anel serait donc uniquement fondée sur la garantie qu'elle donne contre le retour de l'hémorrhagie; or, voyons s'il ne serait pas possible d'obtenir une égale sécurité après la seconde de ces opérations, c'est-à-dire, après celle d'Anel; c'est aux faits qu'il appartient de résoudre cette question.

Obs. I. — En novembre 1826, j'observai dans un hôpital un homme qui portait au haut de la cuisse une tumeur large non circonscrite, sans changement de couleur à la peau, fluctuante, plus volumineuse lorsque le malade était debout, transmettant à la main les secousses de la toux. On décida que c'était un abcès symptomatique d'une carie vertébrale. Outre les phénomènes observés, le sujet avait eu l'année précédente des abcès froids aux environs de la poitrine. On jugea nécessaire de pratiquer une ponction à ce vaste abcès de la cuisse. Un bistouri à lame étroite fut plongé à la partie antérieure externe de la tumeur; comme il ne s'écoulait aucun liquide, on fit pénétrer une sonde cannelée pour frayer une voie au pus; mais après la sensation d'une résistance vaincue, au lieu de pus on vit s'élancer un gros jet de sang artériel. Il n'était pas douteux que l'artère crurale venait d'être ouverte; le doigt d'un aide appliqué sur la plaie, arrêta l'hémorrhagie. La tumeur était trop volumineuse, elle se rapprochait trop de l'arcade crurale pour qu'il fût possible de lier l'artère fémorale. Il fallut monter plus haut. Une incision parallèle au ligament de Faliope mit à découvert l'artère iliaque externe, qu'on eut beaucoup de peine à dégager de la graisse et d'un volumineux ganglion lymphatique engorgé qui la recouvrait, et ce ne fut qu'après des tentatives réitérées qu'on parvint à glisser au-dessous de ce vaisseau une ligature au moyen de l'aiguille de Deschamps. Ce qui rendait surtout l'opération difficile, c'est le relief formé par l'abcès, qui plaçait ainsi l'artère à fier à une très-grande profondeur. A peine le lien eut-il étranglé le vaisseau qu'on put s'abstenir de comprimer sur le lieu de la ponction: le sang ne coulait plus. Le malade resta dans son lit la cuisse fléchie; la plaie de l'opération fut pensée comme celles qui doivent suppurer; la petite ouverture de la cuisse fut réunie. Le malade eut le bonheur d'échapper à la fièvre et à une péritonite qui se développa quelques jours après. On a pu le voir, après la guérison, se promener encore dans la salle. Neuf mois après cette opération, il a succombé aux progrès de sa lésion organique vertébrale. L'injection du système artériel montra les anastomoses entre les branches de l'hypogastrique et celles de la crurale profonde extrêmement élargies, aussi bien que celles de l'hypogastrique et de la mammaire interne. Les muscles de la cuisse, macérés dans une grande quantité de pus, étaient méconnaissables; au milieu de ce désordre, on ne put découvrir les traces de l'artère crurale. L'artère iliaque externe avait été liée un peu au-dessus de l'origine de l'épigastrique.

Dans ce cas, on n'avait pas le choix entre deux méthodes; celle d'Anel était comandée par la nécessité la plus impérieuse. La recherche du lieu de la blessure eût été des plus difficiles, et l'introduction de l'air dans un vaste foyer purulent aurait fait rapidement périr le malade. Il n'est survenu ni gangrène malgré la situation élevée du vaisseau lié, ni hémorrhagie, bien que la plaie fût toute récente et qu'il n'y eût point de kiste pour s'opposer à l'infiltration du sang dans la cuisse.

On trouve dans les auteurs plusieurs observations analogues à celle qui précède: isolées elles ont été considérées comme des exceptions, et n'ont pas fait naître la confiance que leur rapprochement doit inspirer pour la méthode d'Anel. M. Boyer rapporte qu'un enfant de douze ans s'enfonça un couteau de cuisine dans la partie moyenne latérale externe du jarret, la plaie avait six lignes de longueur; on arrêta d'abord l'hémorrhagie par la compression; mais, au bout de huit jours, la plaie presque fermée se r'ouvrit, et le sang jaillit avec force; on comprima de nouveau, mais à chaque pansement il sortait un peu de sang. Le 15e jour l'hémorrhagie devint très-abondante, la nature des accidens et la position de la plaie ne permettant pas de douter que la poplitée ou quelqu'une de ses branches ne fussent ouvertes, l'artère fémorale fut liée à la réunion du tiers inférieur de la cuisse avec le tiers moyen; ni la plaie du jarret ni celle de la cuisse ne fournirent une goutte de sang; au 18e jour le malade était parfaitement guéri. (Mal. chir., t. II, p. 272.)

J'ai entendu raconter à M. Dupuytren l'histoire d'un chef d'escadron qui, s'étant battu au pistolet, reçut une balle dans l'espace poplité; il survint une tumeur anévrismale volumineuse; on proposa l'amputation de la cuisse. Cependant on voulut avant d'en venir à ce moyen extrême tenter la ligature de l'artère crurale; les battemens cessèrent; le volume de la tumeur fut réduit, et aujourd'hui ce militaire se sert de son membre comme s'il n'avait jamais été malade. Ce fait est, je pense, le même que celui qui a été consigné dans un mémoire de M. Dupuytren sur les anévrismes qui compliquent les plaies par armes à feu et les fractures; n'ayant pas à ma disposition le *Répertoire d'anatomie*

où j'ai lu ce mémoire il y a quelques années, je ne puis en ce moment vérifier cette identité.

Dans les observations qui précèdent, les anastomoses ne manquaient pas pour ramener le sang au lieu de la blessure, et cependant la guérison s'est toujours opérée sans accident; dans celle qu'on va lire des communications encore plus larges n'ont pas empêché le sujet de guérir sans hémorrhagie.

Un soldat fut blessé dans un duel par un briquet; la plaie avait un pouce d'étendue et se dirigeait transversalement du bord supérieur du cartilage thyroïde au bord antérieur du muscle sterno-mastoïdien, qui était entamé. La racine de l'artère thyroïdienne supérieure et une portion de la carotide étaient coupées; le sang qui s'était écoulé fut évalué à 7 livres. La plaie étant débridée haut et bas et vidée des caillots de sang épanché, un double jet de sang vermeil surgit de la partie la plus profonde; mais les vaisseaux qui fournissaient l'hémorrhagie n'ayant pu être saisis, on se décida à pratiquer la ligature de la carotide primitive. Le principal jet de sang fut arrêté au moment de la constriction, une autre petite artère ouverte fut saisie et liée; la plaie fut réunie. La petite ligature se détacha le 7e jour, celle de l'artère carotide la 11e; la plaie se cicatrisa promptement, et le blessé fut en état de sortir de l'hôpital le 22e jour de l'accident. (Larrey, *Clin. chir.*, t. III, p. 3.)

On sait combien sont nombreuses les anastomoses qui unissent les carotides tant à la face qu'au dehors et au dedans du crâne; mais, outre cette disposition normale, il y avait chez ce sujet une particularité qui devait augmenter les chances de l'hémorrhagie. Une artère presque aussi volumineuse que la carotide, située derrière le muscle sterno-mastoïdien du côté de la blessure, montait parallèlement jusqu'à l'artère temporale avec laquelle elle semblait se continuer. M. Larrey la regarde comme une seconde carotide, et pense que cette anomalie « a rendu le succès de l'opération aussi prompt que parfait. » Qui ne voit, au contraire, que cette facilité du retard du sang compromettait plutôt qu'elle n'assurait le succès de l'opération? Si l'hémorrhagie n'est pas survenue malgré une telle anomalie, la ligature indirecte n'en acquiert qu'un titre de plus à notre confiance.

Des auteurs modernes donnent encore le conseil de lier suivant la méthode ancienne les artères de la jambe blessées, soit à leur partie inférieure, soit à leur partie supérieure; mais ces lésions ont été guéries un assez grand nombre de fois par la ligature de l'artère crurale pour qu'on doive à leur égard faire un précepte général de la méthode d'Anel.

Obs. II. — Au milieu des troubles qui agitaient Paris pendant le mois de février 1831, une jeune homme de 24 ans, confondu dans la foule, fut blessé à la partie supérieure externe de la jambe par le sabre d'un officier involontairement dirigé contre lui. L'accident était arrivé sur le petit pont de l'Hôtel-Dieu; le trajet qu'il fallut parcourir pour se rendre à cet hôpital était rougi par un large sillon de sang. Le malade disait en avoir perdu deux livres, et cette évacuation paraissait ne pas être exagérée. Des applications froides ne purent parvenir à arrêter l'hémorrhagie. Une fois le sang resta accumulé sous la peau, mais la pression le fit échapper avec force par la plaie, et il recommença à couler au dehors. L'épuisement des forces amenait la syncope et la suspension de l'hémorrhagie; mais le sang coulait de nouveau dès que l'action des organes reprenait son activité. La ligature de l'artère fémorale fut pratiquée deux heures après l'accident. Un fil simple, appliqué au milieu du trajet de ce vaisseau, y intercepta le cours du sang. Aussitôt l'hémorrhagie fut suspendue, le membre conserva sa chaleur et ses mouvemens; il fut fléchi et couché sur le côté externe; le repos le plus absolu fut recommandé afin de prévenir la déchirure de l'artère liée et le déplacement du caillot dans le vaisseau ouvert.

Le quatrième jour, le malade était aussi bien qu'on pouvait le désirer; mais le soir, l'appareil fut trouvé tout imbibé de sang; on le vit s'échapper par jets d'entre les lèvres de la plaie de la cuisse. Le compresseur fut aussitôt appliqué sur le trajet de l'artère crurale, au-dessus de la plaie; celle-ci fut nettoyée, mais le sang épanché entretint un suintement sanieux.

Le dixième jour, le malade éprouva des douleurs qui pouvaient être attribuées à la compression; on la fit cesser. La ligature n'était pas encore tombée; on s'abstint d'exercer sur elle aucune traction. La plaie de la jambe laissait couler une sanie qui imbibait l'appareil. Le malade, pâle et faible, se plaignait de douleurs dans le mollet du côté affecté. Pouls fréquent, agitation, insomnie; on change la position du membre; la jambe reste fléchie sur la cuisse, mais le genou est porté en dedans.

Le onzième jour, le changement de position n'avait amené aucun soulagement; le malade souffrait par tout son corps; le mollet était tuméfié. Dévoiement; dix à douze selles en vingt-quatre heures. Averti que, trois ou quatre mois auparavant, il était entré à l'hôpital pour des douleurs rhumatismales, on soupçonna que la douleur du mollet et le dévoiement avaient le même caractère.

Le quatorzième jour, poignet douloureux, rouge, chaud, tuméfié; mollet et genou du côté droit douloureux et gonflés; douleur et tuméfaction dans le genou gauche. L'affection rhumatismale n'était donc plus douteuse. Le malade fut enveloppé de couvertures de laine et on fit la prescription suivante : Aconit, 3 grains en vingt-quatre heures; six doses de demi-grain chacune, à trois heures de distance. Malgré ces soins, le malade alla en s'affaiblissant de plus en plus; il fut pris de délire et succomba le vingtième jour après l'opération.

Nécropsie. Les deux bouts de l'artère liés étaient d'environ deux pouces; le bout inférieur était oblitéré; le supérieur renfermait un caillot peu adhérent. C'est par là que l'hémorrhagie secondaire s'était faite. La pointe du sabre avait pénétré par la partie externe et supérieure de la jambe, avait ouvert l'artère péronière, et était venue traverser le ligament exterosseux; l'artère ouverte était complètement oblitérée. Les articulations affectées, et surtout celle du poignet gauche renfermaient de la sérosité trouble. Il s'était fait un épanchement séreux dans les ventricules cérébraux.

La mort de cet opéré fut le résultat de causes étrangères à l'opération; elle n'infirme en rien la conclusion que nous tirons de ce fait en faveur de la méthode

d'Anel. Une hémorrhagie secondaire survint; mais ce n'est point par la plaie de la jambe, que le sang coula, et la nécropsie nous donna lieu de constater l'oblitération solide du vaisseau blessé.

Lorsqu'une artère de la jambe est seule blessée, on pourrait, en cherchant à la lier dans le lieu de la plaie, n'encourir d'autre danger que celui d'une opération difficile, laborieuse, irrégulière; mais il n'en est pas de même lorsqu'il existe en même temps une fracture et que la peau est intacte. On sent bien dans le membre tuméfié un frémissement qui dévoile l'existence d'un anévrisme diffus; mais de quel vaisseau ce fluide vient-il, et de quel point? C'est ce qu'on ignore, et ce qu'il faudrait savoir au juste pour mettre en pratique la méthode ancienne. L'incision de la peau aurait le grave inconvénient d'introduire l'air dans un vaste foyer sanguin, d'entraîner des suppurations ruineuses et de s'opposer à la réunion des fragmens. Qui voudrait imiter J. L. Petit, malgré le succès qu'il obtint, aujourd'hui qu'on sait que la ligature de l'artère crurale fait cesser l'effusion du sang, les frémissemens de la tumeur, favorise l'absorption des caillots et la consolidation de la fracture sans accidens? La première observation publiée à ce sujet est consignée dans la *Clinique chirurgicale* de Pelletan (I, 178). Une femme de 60 ans avait eu la jambe fracturée à son tiers inférieur; ce membre était tuméfié jusqu'aux condyles du tibia, principalement en arrière; des battemens profonds s'y faisaient sentir; on les faisait cesser par la compression de l'artère crurale sur le pubis. La ligature de ce dernier vaisseau fut pratiquée par M. Dupuytren au côté interne du muscle couturier. Les battemens cessèrent; la fracture fut pansée avec le bandage de Scultet; le sang épanché fut absorbé et le cal, d'abord fluctuant, se consolida en diminuant de volume. Il ne prit de solidité définitive que cinq mois après l'accident. Le membre fut rendu à ses usages. Un fait semblable au précédent est dû au professeur Delpech. La jambe avait été écrasée, chez un homme de 30 ans, par une roue de charrette; les os avaient été brisés; il y avait dans le mollet un foyer sanguin avec pulsation. La ligature de l'artère crurale fut pratiquée; dès le jour de l'opération, la tuméfaction de la jambe commença à diminuer; les battemens disparurent; le mollet devint compacte; quelques jours après on appliqua l'appareil des fractures. La ligature tomba le vingt-cinquième jour. Le malade commença à marcher le soixante-unième, et quitta l'hôpital de quatre-vingt-douzieme, parfaitement guéri. (Chir. cliniq. de M. Montpellier, Mém. sur la lig. des art., 5e obs.) M. A. Cooper a pratiqué la ligature de l'artère crurale dans les mêmes circonstances et a obtenu un plein succès. N'est-il pas à croire qu'on aurait sauvé le sujet de l'observation suivante si la même opération lui eût été pratiquée?

Obs. III. — Un chapelier, plongé dans une ivresse profonde, fut apporté dans un hôpital. Il avait le tibia fracturé à son tiers inférieur; le fragment supérieur faisait saillie à travers la peau déchirée. Au moment de l'accident, le sang avait coulé en abondance par la plaie; l'application du garrot sur la cuisse avait suspendu l'hémorrhagie. A l'hôpital, le blessé fut placé dans un lit, la jambe fléchie et reposant sur le côté externe. L'extrémité saillante du fragment supérieur fut retranchée avec des tenailles incisives. Il se développa autour de la fracture des abcès qui furent traités par les émolliens. Au bout de dix jours, les accidens inflammatoires étaient calmés, et rien ne paraissait devoir entraver la guérison de la fracture, lorsqu'un abcès, dont on n'avait pas soupçonné l'existence, s'ouvrit à la partie supérieure externe de la jambe; il s'écoula d'abord un pus sanguinolent, bientôt suivi d'une effusion abondante de sang artériel. Le traitement se borna à exercer une compression peu exacte sur le trajet de l'artère fémorale; mais l'agent compressif dont on faisait usage se dérangeait souvent et le sang coulait de nouveau. Quatre ou cinq hémorrhagies abondantes suffirent pour épuiser les forces du blessé et le faire succomber. A l'ouverture du cadavre, outre une fracture au tibia et à la malléole interne, on trouva le péroné fracturé près de son extrémité supérieure, immédiatement au-dessous de sa tête. Le fragment inférieur, très-aigu, avait déchiré l'artère péronière, et sa pointe était engagée dans la cavité de ce vaisseau, restée béante et dépourvue de coagulum.

Parmi les observations que nous venons de rapporter on trouve des plaies artérielles de toutes les formes: piqûres, incisions, contusions, déchirures. Tantôt il n'existait point de solution de continuité à la peau; tantôt il y avait plaie intérieure, mais si étroite qu'elle n'empêchait pas le sang de s'accumuler à l'intérieur; d'autres fois la plaie s'est trouvée assez large et le vaisseau placé assez superficiellement pour que le sang se soit écoulé au-dehors en toute liberté. Dans tous les cas la ligature du seul bout supérieur, à une distance variable a supprimé brusquement l'effusion du sang et favorisé la guérison définitive.

Que la méthode d'Anel soit d'une exécution plus facile que la méthode ancienne, c'est ce qu'on peut démontrer sans peine. Lorsqu'une artère ouverte est située près de la peau, la lier dans le lieu blessé peut être une opération sinon facile, du moins praticable; bien que dans ce cas même on n'ait pu éviter de comprendre un nerf dans la ligature. (Voy. observ. sur une plaie de l'artère tibiale postérieure par le docteur Boutreux, *Journ. compl.*, t. IV, p. 281.) Mais lorsqu'une des artères de la jambe a été ouverte à sa partie supérieure, près du genou, la ligature du vaisseau, à l'endroit de la plaie, est une opération souvent impossible à exécuter, tant à cause de sa situation profonde que des caillots sanguins qui l'environnent, sans compter l'incertitude où l'on est souvent sur le lieu précis qu'occupe la lésion. A la vérité, des observations connues prouvent bien que cette ligature a réussi; mais; l'analyse des faits nous montre ces opérations entourées de tant de difficultés qu'on n'est point tenté de marcher sur les traces de leurs auteurs. Voici ce que M. Guthrie, grand partisan de la méthode ancienne, fut obligé de faire pour lier l'artère péronière ouverte par un coup de feu: incision longue de sept pouces à travers les muscles du mollet; arrivé à l'artère péronière, il ne put la découvrir, malgré la longueur de cette incision; on voyait le lieu d'où le sang sortait sans apercevoir le vaisseau; pour agir sur lui, il fut obligé d'inciser la lèvre externe de la plaie. Ensuite il passa au hasard, avec une aiguille, deux ligatures au-dessus

et au-dessous du lieu d'où le sang sortait; il embrassa toutes les parties sans voir l'artère; heureusement que celle-ci se trouva comprise dans la ligature. (Hodgson, *Mal. des art. et des veines*, II, 285.)

Conçoit-on une opération plus laborieuse, plus incertaine dans son résultat immédiat que celle pratiquée par Deschamps pour une plaie de l'artère tibiale postérieure? « L'artère avait été ouverte à la partie supérieure de la jambe par un instrument pointu qui pénétra du côté interne. Au sixième jour, il y avait tous les signes d'un anévrisme faux primitif; la plaie extérieure ayant été agrandie; il sortit une grande quantité de sang, et avec le doigt introduit profondément, on put distinguer le point par où ce liquide s'échappait de l'artère. Ne pouvant mettre l'artère immédiatement à découvert, M. Deschamps fit l'opération suivante. Un bistouri long et étroit fut introduit par la plaie de la partie interne de la jambe, entre la face postérieure du tibia et l'artère, un peu au-dessus de l'endroit où celle-ci était ouverte; il sortit à la partie externe du membre, après avoir traversé l'espace interosseux et les muscles qui recouvrent cet espace. Il y eut ainsi en dehors une plaie à laquelle on donna quelques lignes seulement d'étendue. La lame de l'instrument servit à diriger un stylet, avec lequel furent passées deux ligatures. Le bistouri ayant été ensuite introduit dans la plaie de la partie externe et conduit derrière l'artère jusqu'à la plaie interne, l'extrémité de l'une des ligatures fut ramenée de dehors en dedans à l'aide d'un stylet; l'artère blessée fut ainsi comprise dans l'anse de cette ligature et avec elle une partie du ligament interosseux, quelques portions charnues, et peut-être l'artère tibiale antérieure et le nerf qui l'accompagne. Pour faire un nœud avec la ligature et la serrer à volonté, un des chefs fut ramené dans la plaie de la partie externe de la jambe au moyen de la seconde ligature. Pour faire un second nœud ce même chef fut ramené de dehors en dedans; puis de nouveau de dedans en dehors. L'hémorrhagie fut suspendue et le malade guérit (*Méd. opér.* de M. Roux; t. I, pag. 709.) Pour découvrir l'artère tibiale postérieure, et la lier, Logau, chirurgien de Leeds, fut obligé de retrancher deux pouces du péroné. (J. Bell. *Traité des plaies*, traduction d'Estor, p. 199.) Les difficultés d'exécution de la méthode ancienne ont été parfaitement signalées par MM. Marjolin et Bérard dans le passage suivant : « Malgré l'insuffisance fréquente de l'application de la méthode d'Anel ou de Hunter aux anévrismes faux primitifs, et malgré les faits rapportés par M. Guthrie, nous sommes obligés d'avouer que la recherche du point même où l'artère a été blessée est quelquefois hérissée de tant de difficulté, que l'on sera encore réduit dans ces cas à l'emploi d'une seule ligature placée à quelque distance au-dessus de la blessure. » (*Dict. de méd.*, ou *Répert. génér. des scienc. médic.*, t. III, p. 78; avril 1833.)

L'insuffisance de la méthode d'Anel est signalée dans cette citation. Tous les cas, il est vrai, ne sont pas également favorables au succès de cette opération; mais faut-il pour cela la regarder comme un pis-aller, et ne l'admettre que lorsque l'ancienne méthode ne pourra pas être pratiquée? Oui, si les causes d'insuccès nous étaient inconnues, et s'il n'était pas en notre pouvoir de les faire disparaître; mais si les circonstances qui influent sur le retour de l'hémorrhagie peuvent être éloignées, il est raisonnable de commencer par l'opération la plus simple, en employant tous les moyens qui peuvent la faire réussir.

Le cas qui se prête le mieux au succès de la méthode d'Anel est celui d'une hémorrhagie secondaire survenue dans le moignon d'une amputation; alors il n'y a ni bout inférieur, ni anastomoses pour favoriser l'hémorrhagie; aussi cette opération a-t-elle réussi dans les cas déjà assez nombreux où elle a été pratiquée. On doit mettre en seconde ligne sous le rapport de la curabilité les blessures des artères par des fragmens osseux, sans plaies aux tégumens : le vaisseau ouvert est placé au milieu d'organes qui réagissent sur lui et le compriment avec plus ou moins de force; tant que le sang est sous l'influence directe des contractions du cœur, il surmonte la résistance que ces organes lui opposent; mais dès qu'une ligature a soustrait le sang qui coule dans le vaisseau à cette impulsion centrale, que sa marche est ralentie et réduite à un mouvement presque oscillatoire, alors la réaction des tissus prédomine sur l'effort excentrique, le liquide se coagule dans l'artère blessée et à l'extérieur; le vaisseau se resserre, son ouverture latérale se ferme, et le sang, trouvant de ce côté des obstacles qu'il ne peut vaincre, se dirige vers les branches collatérales. Lorsqu'il existe une plaie aux tégumens, les chances sont moins favorables; car cette ouverture, fût-elle étroite, livre passage au sang, soit liquide, soit coagulé, et l'hémorrhagie se reproduit dès que la pression cesse de se faire autour du vaisseau. Aussi lorsqu'on a pratiqué la ligature indirecte, il faut bien se garder d'évacuer le sang épanché; on doit au contraire le soutenir par une pression convenable et favoriser, s'il est possible, la réunion de la plaie; la conduite opposée serait suivie du retour de l'hémorrhagie, ainsi qu'il est arrivé chez le sujet de l'observation suivante.

Obs. IV.—Un jeune homme de 18 ans, étant tombé sur un fragment de bouteille, se fit une plaie profonde à la partie externe et supérieure de l'avant-bras. Le sang coula aussitôt en abondance, et ne tarda pas à s'arrêter. Il survint dans le lieu de la blessure une tumeur du volume du poing; les lèvres de la plaie, fortement tendues et écartées, livraient passage à un caillot rouge et dur, que l'on prit pour une portion de muscle herniée (Émolliens, sangsues.) Trois semaines après l'accident, le malade se rend à l'hôpital. La tumeur était dans l'état que nous venons de décrire, l'avant-bras était engourdi, la main tuméfiée. La nature du mal ayant été reconnue, on pratiqua la ligature de l'artère humérale à la partie moyenne du bras; la plaie de l'opération pansée, on ouvrit la tumeur, on retira les caillots, mais le sang coula aussitôt par un jet rapide, volumineux et saccadé; on crut n'avoir pas suffisamment serré la ligature, on en plaça une seconde avec toutes les précautions convenables; mais l'hémorrhagie n'en revint pas moins. Une explication fut cherchée à cet accident; on crut la trouver dans la bifurcation supposée de l'artère brachiale dans le creux de l'aisselle; on se mit à la recherche de cette seconde artère brachiale, qu'on ne trouva point. Un impresseur appliqué à la partie supérieure du bras suspendit l'hémorrhagie. La tumeur de l'avant-bras fut prise d'inflammation et sup-

pura, le pus coula d'abord mêlé à des débris de caillots sanguins et à du sang corrompu; le membre conserva sa chaleur, la fièvre fut modérée. Le pus acquit des qualités de jour en jour meilleures. La plaie se détergea, se resserra, et finit par se cicatriser sans retour de l'hémorrhagie.

C'est plus de trois semaines après l'accident que la brachiale fut liée chez ce jeune homme; pendant ce temps les communications collatérales s'étaient dilatées et pouvaient très-bien expliquer l'hémorrhagie; il n'était pas besoin d'admettre une seconde artère brachiale dont rien ne démontrait l'existence, et qui se déroba à toutes les recherches. Si on n'eût pas touché à la tumeur, si on n'eût pas dérangé le caillot, le sang n'aurait certainement pas coulé à l'extérieur. Cette pression locale est si propre à favoriser l'oblitération de l'artère qu'on a pu, en augmentant son énergie au moyen d'un bandage, obtenir la guérison d'anévrismes très-volumineux sans avoir recours à la ligature (Theden, *Prog. ult. de la chir.*, pag. 7). Lorsqu'il y a plaie aux tégumens il est souvent possible d'exercer sur l'artère une pression immédiate qui n'a pas besoin d'être très-énergique pour empêcher le sang de s'extravaser. Enfin si le bout inférieur est placé sur un os et superficiellement comme serait l'artère pédieuse, il est facile de le comprimer.

Mais la compression, si utile comme moyen accessoire, serait le plus souvent dangereuse, employée toute seule. L'ouverture de l'artère tibiale antérieure au bas de la jambe a été suivie d'hémorrhagie mortelle, parce qu'on ne voulut jamais recourir qu'à la compression (Fontaneilles, essais sur les lésions traumat. des artères, thèse de Montpellier, 1830, p. 73). Dans un cas ou l'artère tibiale postérieure était ouverte au bas de la jambe, M. Mirault d'Angers, ayant employé la compression seule sur le lieu de la blessure, n'acheta le salut de son malade qu'au prix de fréquentes hémorrhagies, et d'une extrême faiblesse (*Journ. compl.* t. IV.)

M. Dupuytren qui admet la méthode d'Anel dans la plupart des plaies artérielles, fait cependant une exception pour les artères de la main et du pied; il veut que, dans tous les cas, on lie les deux bouts de l'artère ouverte dans la plaie même, à cause des anastomoses qui unissent les collatérales des extrémités des membres, et de l'hémorrhagie qui ne manquerait pas d'en résulter. Mais découvrir les deux bouts d'une artère de la main ou du pied, n'est pas toujours une opération aussi facile que semblerait le promettre la position superficielle des vaisseaux de ces régions. Pour aller jusqu'à eux on ne suit pas toujours la ligne droite. Ce n'est qu'avec les lumières anatomiques qu'on peut porter l'instrument dans le tissu de nos parties; or, comment trouver une petite artère au milieu d'organes déformés, confondus; comment porter une ligature sur des tissus ramollis? S'il est un moment où cette opération puisse être entreprise avec quelque chance de succès; c'est avant que le sang se soit infiltré à travers toutes les parties. Plus tard, les fouilles que l'on est obligé de faire dans la main peuvent déterminer la nécrose des tendons. La ligature simultanée des artères radicale et cubitale serait certainement moins dangereuse que les recherches directes.

On a dit que les partisans de la méthode d'Anel appliquée à l'anévrisme faux primitif s'étaient fondés sur une fausse analogie entre cette lésion récente et l'anévrisme spontané. Il est très-vrai que lorsque le sang est reçu dans un kiste, son retour par les collatérales n'offre pas des inconvéniens comparables à ceux qui résultent de l'infiltration de ce fluide ou de son écoulement immédiat; mais que l'on pousse plus loin l'étude des différences, et l'on en trouvera qui sont favorables à la méthode d'Anel, appliquée à l'anévrisme faux primitif. N'est-il pas vrai que, dans l'anévrisme spontané et dans une plaie artérielle récente, l'état des vaisseaux anastomotiques n'est pas le même? Dans le premier, les communications collatérales ont eu le temps de s'élargir, elles ramènent bientôt le sang dans son ancien lit; dans la seconde, au contraire, le temps que met le sang à se frayer une voie détournée est plus ou moins long, et suffit le plus souvent pour permettre aux procédés hémostatiques naturels de s'accomplir. Mais pour jouir de ces avantages, l'opération doit être pratiquée à une époque rapprochée du moment de l'accident: attendre en employant la compression, c'est favoriser la dilatation des collatérales; sans compter que les pertes de sang qui arrivent diminuent la tendance à la coagulation de celui qui reste dans les vaisseaux.

Le repos le plus absolu, la diète, les saignées concourront à la fois à maintenir la circulation dans le calme le plus parfait. Ce n'est que très-tard qu'on doit se relâcher de toutes ces précautions. On a vu un effort reproduire l'hémorrhagie vingt-deux jours après la ligature de l'artère crurale, pratiquée par une plaie de la tibiale antérieure résultat d'un coup de balle. (Guthrie, dans Hodgson, II, 333.)

Enfin, si malgré les soins les plus attentifs l'hémorrhagie se reproduit, on a toujours le temps de chercher l'artère dans le lieu de la blessure; si cette opération est impraticable, on a comme dernière ressource l'amputation du membre. Mais, dans tous les cas, le pire de tous les partis, c'est de n'en prendre aucun, et de rester spectateur glacé d'accidens qui n'ont pas d'autre terme que la mort.

CHIRURGIE PRATIQUE.

TRAITEMENT

DU RÉTRÉCISSEMENT DU RECTUM,

Introduction des mèches par un procédé nouveau;

Par M. Tanchou.

Il y a de l'analogie entre les fistules stercorales et les fistules urinaires; l'observation suivante en est une preuve nouvelle; elle tend aussi à prouver que la guérison de ces fistules est possible par les seules forces de la nature; que l'anus artificiel est indiqué toutes les fois que l'intestin rectum est oblitéré et même rétréci

au point de retenir la presque totalité des matières fécales ; et que les fistules ou cette opération sont un moyen, sinon de guérir, du moins de prolonger beaucoup les jours de ceux qui ont des rétrécissemens du rectum.

Rétrécissement du rectum; fistules stercorales organisées à la suite de la gangrène de la fesse; guérison d'une des fistules ; tendance à une complète guérison.

Obs. — Madame M., âgée de 55 ans, d'une constitution forte et d'un grand embonpoint, eut une inflammation intestinale grave en 1830. Elle fut traitée par les antiphlogistiques, assez indocile elle mangea trop tôt et plusieurs fois elle se donna une indigestion ; par conséquent la convalescence fut lente, imparfaite, ou plutôt il n'y a pas eu, chez cette dame, retour parfait à la santé. Au commencement de 1831, elle partit pour Angoulême, où elle se livra presque sans réserve à son appetit déréglé et à sa sensualité naturelle; bientôt le dévoiement survint, il fut très-abondant, il s'accompagnait de colique et de flatuosité. Un médecin de la ville fut appelé, et ses avis ne furent probablement pas mieux suivis que les miens l'avaient été à Paris ; la diarrhée continua ; elle était tellement abondante que la malade avait de 40 à 50 selles par vingt-quatre heures ; bientôt il s'y joignit des épreintes et la malade ne quittait pour ainsi dire plus sa chaise percée. Peu à peu cependant et presque sans suivre aucun traitement, les symptômes s'amendèrent, c'est-à-dire que les gardes-robes furent moins fréquentes, il y avait même parfois de la constipation ; mais quand celle-ci cessait, c'était pour ainsi dire par une débâcle, des coliques vives et une espèce d'insurrection intestinale. Dans cet état, madame M. se mit en route pour revenir à Paris ; le voyage fut excessivement pénible ; elle fit plusieurs fois arrêter la diligence; les coliques étaient vives, presque continuelles et souvent sans résultat. A Tours, elle fut obligée de s'arrêter ; le dévoiement était si fort, les tranchées étaient si cruelles, que son mari, qui l'accompagnait, croyait, à chaque instant, qu'elle succomberait ; cependant les accidens se calmèrent un peu; madame M. put se remettre en route, elle arriva à Paris dans le mois d'avril 1832. Je trouvai la malade très-changée, elle avait maigri, même de l'embonpoint qu'elle avait repris après sa maladie ; le teint était pâle, le ventre gonflé; elle avait des coliques et à chaque instant des besoins d'aller à la garderobe qui n'étaient d'aucun résultat, ou seulement de matière fécale gluante, d'autres fois liquide d'une grande puanteur. Aussi indocile qu'à son ordinaire, madame M. se soumit imparfaitement au traitement et surtout au régime que je lui imposai. Son état s'aggrava, je la touchai un jour par le rectum, et je reconnus un rétrécissement antérieur à 3 ou 4 pouces au-dessus du sphincter ; c'est-à-dire la portion antérieure de l'intestin était rétrécie ; sa face postérieure, du côté du sacrum, me parut encore saine. J'insistai de nouveau sur le régime, j'ordonnai des sangsues au siége dans le but d'arriver à pouvoir mettre des mèches quand l'inflammation serait diminuée, mes avis furent imparfaitement suivis. On fit successivement appeler M. Magendie et M. Roux, qui confirmèrent mon diagnostic et le traitement que j'avais proposé. Malgré cela le régime ne fut pas gardé ; la malade ne pouvait ou ne voulait garder les mèches que durant quelques heures ; de temps en temps, il se passait même quelques jours sans que je pusse en mettre, à cause de l'inflammation qui survenait. Du reste la malade espérait toujours que *ses matières*, disait-elle, reprendraient leur cours naturel sans rien faire. Cependant le mal faisait des progrès ; l'intestin se rétrécissait de plus en plus. Je substituai souvent aux mèches des canules de gomme élastique sans obtenir plus de succès, ni surtout plus de docilité de la part de la malade. Peu à peu mad. M. s'affaiblit, elle maigrit considérablement, son teint devint de couleur paille, son ventre restait gonflé, il y avait évidemment rétention de matières fécales ; les lavemens ne produisaient plus rien ; d'ailleurs le trou du rétrécissement devint si petit qu'il ne sortait que des liquides. Madame M. était en proie à des coliques ou à des envies d'aller continuelles ; elle se présentait dix fois par heure à la garderobe sans rien rendre. Telle était la position de cette dame dans les premiers mois de 1833. Dans le mois de juin dernier, les désordres sus-énoncés n'ayant fait que croître, il se manifesta à la fesse droite un gonflement qui acquit un volume énorme ; il avait la forme et la grosseur d'une cuvette de toilette. Cette tumeur n'était pas très-dure ; elle n'était pas non plus inflammatoire, ni très-sensible au toucher ; on sentait un empâtement profond ; dans ce moment nulles matières ne sortaient plus par le rectum. Peu à peu il se manifesta sur cette tumeur un peu de rougeur, mais surtout un empâtement édémateux qui fit reconnaître une suppuration profonde, ou du moins un liquide épanché. On ne sentait point de fluctuation. Quoi qu'il en soit, en raison de l'anxiété, de la fièvre, de l'état désespéré où se trouvait cette malade, et surtout en raison de l'épanchement présumé des matières fécales, je me décidai à ouvrir la tumeur. Une incision d'environ trois pouces fut pratiquée sur son sommet, qui correspondait à la pointe de la fesse. Il en sortit une grande quantité de gaz très-fétides, des matières fécales et très-peu de pus, non rassemblé en collection, mais seulement infiltré. La malade fut soulagée ; mais la tuméfaction ne diminua pas sensiblement. Le surlendemain, il se manifesta vers le pli de la fesse et de la cuisse un point gangréneux, qui s'agrandit bientôt, au point de toucher presque l'incision que j'avais faite. Je crus faire une chose utile, en l'incisant dans toute sa langueur, de le joindre à l'incision précédente par une même solution de continuité, qui pouvait avoir six pouces de longueur. Le tout fut pansé à plat, après avoir été lavé avec de l'eau chlorurée. Des matières fécales, mêlées à du pus et à la sanie gangréneuse, sortaient par cette plaie. Dans l'espace de quelques jours une grande portion de l'intérieur de la fesse fut envahie par la gangrène ; une masse de tissu cellulaire spacélé, presque du volume des deux poings, se présenta entre les lèvres de la plaie. Je croyais à chaque instant voir la malade succomber. Je lavais cette masse infecte avec de l'eau chlorurée ; je la saupoudrais de poudre d'écorce de tan et de quinquina. Je pansais les bord de l'escarre avec des bandelettes de styrax. Pendant ce traitement, et sans doute par les efforts de la nature, la gangrène se limita ; les lambeaux d'escarre

se détachèrent; l'intérieur de la fesse se vida, et il resta une plaie de plus de huit pouces de diamètre, assez profonde pour pouvoir loger le poing, et terminée en haut par une fistule stercorale, assez large pour laisser passer les matières fécales. A partir des premiers jours de juillet, à cela près de quelques coliques, madame M. est bien. Tous les accidens causés par la rétention des matières stercorales ont cessé. Le sommeil est revenu; l'appétit s'est manifesté; les potages ou les alimens légers passent bien; la fièvre diminue; la plaie se déterge; les bourgeons charnus poussent de toutes parts, et le 15 août la surface de la plaie est diminuée d'un tiers; sa profondeur est presque au niveau de la peau, et à mon grand étonnement elle marche vers une guérison prochaine.

A cette époque, à peu près, il se manifesta une petite tumeur entre le sphincter et le coccyx; elle ne tarda pas à souffrir par un petit trou qui n'aurait pas suffi pour l'écoulement des fèces. Je l'agrandis; en même temps la quantité des matières fécales qui sortaient par la fistule, car depuis deux mois il n'est rien sorti par l'anus, diminuait; le ventre, qui s'était considérablement affaissé, redevenait tendu; le teint, qui était redevenu clair et rosé, pâlissait; les coliques étaient plus fréquentes et plus vives; la malade ne pouvait plus se lever; en un mot, les accidens résultant de la rétention des matières fécales recommençaient. J'incisai ce trou d'environ un pouce et demi du côté du coccyx, ne croyant pas devoir toucher au sphincter lui même. Il sortit une grande quantité de matières fécales et de pus qui étaient accumulés au-dessus. Depuis ce moment, ce qui sortait de la fistule primitive diminua beaucoup; bientôt il n'en sortit plus rien. Le fond de la plaie actuellement s'approche de l'entrée. Les lavemens qui sortaient autrefois par plusieurs ouvertures aboutissant dans la plaie, ne sortent plus que par la dernière incision. En un mot, la grande fistule stercorale est fermée; le cours des matières fécales semble se rapprocher de sa direction naturelle. L'appétit est bon, la gaîté de la malade revient ainsi que son embonpoint; elle se lève assez long-temps pour faire un tour de jardin, et tout fait présager, sinon un retour parfait à la santé, du moins une fistule stercorale qui permettra à la malade de vivre encore long-temps; il serait possible même, quand la plaie de la fesse sera cicatrisée, que l'on pût tenter de réunir l'anus à la fistule actuelle, en incisant la cloison qui sépare ces deux conduits, pourvu qu'elle ne soit pas trop considérable et que l'on puisse, avec le doigt, toucher l'éperon, c'est-à-dire le point de réunion de ces deux ouvertures; alors la malade, après avoir eu la fesse gangrénée et plusieurs fistules, irait encore à la garderobe par l'anus.

Durant le temps que madame M*** voulut bien supporter les mèches, la manière dont j'introduisais celles-ci mérite peut-être une attention particulière. D'abord elles étaient en fuseau, c'est-à dire à ventre, afin que l'anus fût moins dilaté qu'une autre portion de l'intestin, mais bientôt le rectum, par l'effet de la maladie et de l'épaississement de ses parois, ayant changé de forme et un peu de situation, et ne permettant plus de suivre ses sinuosités qu'avec un stylet, j'ai pensé à monter la mèche sur un petit tube, qui me donnerait la facilité de la pousser dans la direction de ce dernier (1). En conséquence, j'ai fait fabriquer un petit tube d'un pouce de long; je montais la mèche sur un petit collet qu'il portait à son extrémité supérieure; l'extrémité inférieure était conique et évasée pour recevoir un porte-mèche creux et long de six pouces. Je commençais par introduire un stylet flexible et très-long dans l'intestin; je cherchais le rétrécissement, et quand je l'avais traversé j'introduisais la mèche en faisant passer l'extrémité inférieure du stylet par son centre, celui-ci me servant de conducteur. De cette manière, j'arrivais sûrement au-dessus du point resserré sans tâtonner, sans fatiguer la malade ni distendre l'intestin dans un autre endroit que celui qui est rétréci. Je retirais ensuite mon stylet, puis mon conducteur, et la mèche restait en place. Cette mèche, montée sur une douille, a l'avantage de permettre aux malades de rendre les vents qui les fatiguent si souvent dans ces maladies, et qui sont retenus par les mèches ordinaires qui, remplissant exactement le rétrécissement, ne leur laissent point d'issue.

TANCHOU.

Ce 10 septembre 1833.

CLINIQUES ÉTRANGÈRES.

HOPITAL SAINT-GEORGES DE LONDRES.

REMARQUES CLINIQUES

Sur une maladie particulière de l'articulation du genou;

Par CÉSAR HAWKINS.

M. Hawkins commence par réclamer toute l'attention de ses auditeurs sur l'affection dont il va les entretenir, affection qui semble nouvelle, ou qui du moins n'a pas été jusqu'à présent suffisamment distinguée par les observateurs; assez rare d'ailleurs, puisque le sujet qui la présente est le cinquième que M. Hawkins ait eu occasion de voir dans sa longue pratique; et enfin extrêmement grave, puisque, sur les quatre faits accomplis, deux malades sont morts et un troisième n'a survécu qu'avec une ankylose de la jointure. La maladie a des rapports manifestes avec l'inflammation ordinaire de la membrane synoviale et avec le rhumatisme articulaire; mais elle n'en diffère pas moins manifestement et essentiellement, soit par ses symptômes, soit par le traitement qu'elle réclame. Ces préliminaires posés, le professeur commence par exposer quelques détails sur le fait nouveau qui s'est présenté dans son hôpital, et qui a donné lieu à ces remarques. Nous le laisserons parler lui-même.

OBS. — Williams Everitt, âgé de 20 ans, est entré à

---

(1) Cette idée m'a été suggérée par un moyen analogue pour les rétrécissemens de l'urètre, et qui permet au moyen d'une tige flexible de porter le moyen de la tenir aussi loin que l'on veut.

l'hôpital le 1er juillet dernier. Il a dit que, le matin de ce même jour, remplissant ses fonctions de domestique, il avait senti, pour la première fois une douleur dans le genou gauche, qui s'accrut si rapidement que deux heures après il fut obligé de quitter son travail. Quand on l'amena à l'hôpital le genou était gonflé et douloureux, les extrémités étaient couvertes d'urticaire et la fièvre était si forte que le chirurgien interne le remit aux soins du médecin, et je ne l'ai vu qu'avant-hier (24 juillet). Je dois tout d'abord vous faire remarquer que cette urticaire aiguë n'est qu'une coïncidence accidentelle et n'a rien de commun avec la maladie du genou. L'articulation, m'a-t-on dit, était alors fort tuméfiée et si douloureuse que le malade pouvait à peine supporter qu'on touchât la peau. Il attribuait cette attaque à un coup de pied de cheval qu'il aurait reçu un mois auparavant; mais il ne lui avait laissé ni douleur ni inconvénient, et l'apparence du genou est si exactement la même que dans d'autres cas que j'ai vus, que je ne fais aucun doute que le coup de pied de cheval n'est pas la cause de la maladie. Au fait, tous nos malades sont obstinés à attribuer quelque affection locale que ce soit à quelque lésion locale antérieure.

Maintenant, pour vous expliquer ce que je pense sur l'origine de cette affection, permettez-moi de vous rappeler les cas antérieurs qui se sont présentés à moi.

Obs. — Le premier avait pour sujet une jeune femme de 22 ans, entrée le 26 juillet 1827, dans le service de M. Brodie, avec une tuméfaction considérable du genou, une douleur très-vive à la moindre pression et une violente fièvre symptomatique. La douleur et le gonflement avaient apparu subitement la veille, sans avoir été précédés de frisson ni d'aucune lésion extérieure. Elle n'avait point été particulièrement exposée au froid ou à l'humidité; mais depuis un mois ou plus elle avait été sujette à des attaques de rhumatisme dans le coude et les épaules; elle était, du reste, adonnée à la prostitution. Les symptômes et l'aspect du genou n'étaient point précisément ceux du rhumatisme de la membrane synoviale; mais M. Brodie et moi, aussi bien que tous ceux qui la virent, nous fûmes frappés de quelque chose de tout-à-fait inusité, et la malade fut surveillée avec beaucoup d'intérêt.

Le 28, on la mit à l'usage du calomel et de l'opium, dont on retira beaucoup d'avantages; mais elle continua à souffrir de l'ulcération des cartilages du genou, pour lesquels on eut recours aux vésicatoires et aux cautères, qui ne procurèrent pas de grands résultats.

Le 16 octobre, elle fut prise soudainement d'un violent frisson qui dura une heure et fut suivi d'une abondante transpiration. Puis survinrent des déjections et des vomissemens violens avec des frissons répétés. Le jour suivant, les extrémités devinrent froides, et elle mourut ce même jour, 17 octobre, dans la soirée.

A l'autopsie, on trouva quelques légères traces de péritonite, de laquelle provenaient sans aucun doute les symptômes qui avaient déterminé la mort. L'articulation du genou ayant été ouverte, on n'y trouva pas une seule goutte de matière purulente, et l'articulation semblait avoir beaucoup diminué d'étendue. Les cartilages du fémur, particulièrement sur le condyle interne, ceux du tibia et de la rotule étaient largement ulcérés, et un peu de sang s'était répandu dans l'articulation, provenant sans nul doute des surfaces ulcérées. Le périoste du fémur se détachait plus aisément que de coutume, et l'os lui-même paraissait plus fourni de vaisseaux que dans l'état naturel.

La préparation de cette articulation avec un dessin, et un récit des circonstances de l'observation, est déposée au muséum de cet hôpital.

Par une de ces coïncidences qui s'observent si fréquemment dans les hôpitaux, un autre cas du même genre fut reçu bientôt après dans le service de M. Keate. La maladie avait commencé de la même manière, offert presque les mêmes symptômes, et après avoir beaucoup souffert, le malade avait aussi succombé. A l'autopsie, les cartilages furent de même trouvés largement ulcérés, mais sans aucune trace de matière purulente, quoiqu'une grande quantité de matière fût accumulée dans presque toute la longueur de la cuisse entre les muscles et près de l'os. Le périoste du fémur très-épaissi et condensé jusqu'à une certaine distance au-dessus du genou, et l'os était vasculaire comme dans le premier cas.

Un troisième cas s'offrit à M. Rose peu de temps après les deux autres; l'affection se termina heureusement, quoique l'ulcération des cartilages eût amené une ankylose permanente de l'articulation; mais je n'ai pu recueillir pour ce fait tous les détails nécessaires.

Le quatrième est plus complet. Le voici :

Obs. — Une jeune femme, de 25 ans, entra à l'hôpital dans mon service, le 12 mai 1830. Elle dit qu'elle avait été prise subitement, environ 15 jours avant son admission, d'une douleur aiguë et d'un gonflement du genou droit, sur lequel on avait appliqué des ventouses et des sangsues sans aucun profit. Les deux derniers jours elle avait eu des frissons répétés. Elle avait la figure animée, avec une expression de vive détresse et d'anxiété. La langue était sèche et un peu brune au centre; le pouls très-accéléré et faible; elle n'avait pas un moment de sommeil ni de repos. Il y avait par intervalles des spasmes dans le membre. La synoviale était distendue par un amas de liquide; mais le tissu cellulaire ambiant était édémateux dans une certaine étendue et crépitait en quelques points. La douleur était excessive, et la maladie ne pouvait supporter la moindre pression ni le plus léger mouvement.

On commença par appliquer des sangsues, l'articulation étant trop sensible pour supporter des ventouses; et l'on administra des doses considérables de colchique qui diminuèrent légèrement la fièvre, mais ne produisirent pas la moindre amélioration dans l'état du genou. On prescrivit alors un grain de calomel, deux grains de poudre antimoniale et un tiers de grain d'opium, à prendre toutes les six heures. L'effet en fut immédiat. Dès le lendemain, le rapport signalait une diminution du gonflement et de la douleur; et quand elle eut continué le remède au-delà d'une semaine, la douleur et la tuméfaction étaient très-notablement amoindries; la rotule pouvait être remuée librement et la pression sur la membrane synoviale n'accasionait aucune douleur. La fièvre avait cessé; les nuits étaient calmes. Toutefois la pression sur le tibia en haut, et sur la rotule contre le fémur développaient beaucoup de douleur. En résumé, il restait une ulcération des cartilages de

l'articulation du genou. Quelques vésicatoires furent alors appliqués ; puis on plaça un cautère sur le côté de la jointure. Sous son influence la maladie finit par guérir ; et la femme sortit de l'hôpital gardant des mouvemens assez étendus de l'articulation.

Ces observations sont propres à vous montrer sous quels rapports cette maladie diffère de l'inflammation de la membrane synoviale. C'est d'abord la présence d'une inflammation aiguë du périoste du fémur qui est probablement le début du désordre ; c'est secondement la terminaison de l'affection articulaire par l'ulcération secondaire des cartilages ; et dans tous les cas la complication de la périostite imprime à ces faits une différence matérielle qui les distingue de l'ulcération ordinaire des cartilages et de l'inflammaton de la synoviale. Dans les deux cas terminés par la mort, l'autopsie a démontré l'altération du périoste une fois avec et l'autre fois sans suppuration ; et si vous examinez la jointure du maladie que vous avez maintenant sous les yeux, vous reconnaîtrez le gonflement et l'épuisement du périoste dans l'entendue environ du tiers inférieur du fémur, avec une vive douleur déterminée sur le point de l'os par la pression. Il est évident aussi que cette affection participe du caractère rhumatismal, car chez tous nos malades, le rhumatisme occupait les autres articulations. Dans les cas de M. Keate, l'inflammation semblait d'abord s'être légèrement attaquée au genou ; le rhumatisme se montra alors dans un autre point, avant que l'inflammation particulière du fémur et de l'aticulation du genou ne se fût décidément fixée sur ces parties. Chez mon propre malade, une attaque un peu aiguë d'une inflammation rhumatismale eut lieu dans les deux extrémités supérieures après que la maladie fut à peu près guérie dans le genou ; mais alors c'était bien le caractère ordinaire de l'inflammation synoviale ; les os n'étaient point affectés ; et elle céda facilement au colchique qui n'avait eu auparavant aucune influence sur l'affection spéciale du genou.

Telle étant mon opinion sur la nature de cette maladie, voyons maintenant comment vous pouvez la distinguer lorsqu'elle se présentera à votre examen.

1° D'abord elle se déclare brusquement ; et chez le malade que nous possédons actuellement, deux heures ont suffi pour produire le gonflement, une douleur aiguë et la fièvre. Le rhumatisme ordinaire est néanmoins quelquefois soudain et aigu quoique le gonflement soit rarement aussi prompt que dans l'affection qui nous occupe.

2° Mais ce sont principalement les symptômes locaux qui distinguent les deux maladies. Ainsi la douleur et la sensibilité se rencontrent sur l'os qui surmonte l'articulation aussi bien que dans l'articulation même ; et cette douleur est telle qu'en peu de temps elle imprime sur la figure du patient une expression d'extrême souffrance ; que la langue tend à devenir sèche et brune, et le pouls faible comme dans la fièvre typhoïde ; à part cependant les différences que présente la réaction chez les différens individus. Ainsi chez Everitt, vous n'observez rien de pareil, attendu que la violence de la maladie est en grande partie apaisée. Mais vous y reconnaîtrez toujours cependant quelque chose de spécial dans la douleur ; il ne peut souffrir le moindre contact ni le moindre mouvement d'aucune espèce, soit du pied, soit de quelque autre partie du membre ; la douleur est très-vive même à la peau ; et la description que M. Hicks a faite des symptômes lors de l'entrée du malade à l'hôpital est parfaitement tracée. Il a trouvé la peau aussi sensible que chez une fille hystérique, c'est-à-dire que ce n'est pas seulement la pression de la membrane synoviale ou du périoste qui détermine la douleur, mais encore le moindre contact exercé sur la peau qui cependant touche à peine aux parties véritablement affectées.

3° Le gonflement a aussi une forme particulière ; il n'y a pas simplement un gonflement de la membrane synoviale, mais celui-ci est en grande partie caché et recouvert par une effusion de lymphe et de sérosité dans le tissu cellulaire ; en sorte que la tumeur est plus diffuse, s'étend plus ou moins au-dessus et au-dessous de l'articulation, offre l'élasticité de l'emphysème et par places les caractères de l'édème ; chez mon premier malade cette accumulation de liquide dans les cellules du tissu cellulaire occasionait une sensation distincte de crépitation.

4° Vous observez aussi sur le genou d'Everitt, un aspect de la peau tout particulier, lustré, blanc, qu'on ne rencontre point dans les affections ordinaires de cette partie. En effet ou bien la peau garde sa teinte naturelle, ou si le sujet est maigre, elle participe à l'inflammation de la synoviale, et paraît un peu plus rouge que de coutume ; tandis qu'ici au contraire la peau semble contenir moins de sang même que dans l'état naturel, ce qui lui donne une blancheur qui approche de celle du marbre.

5° Enfin vous verrez survenir ici, bien plus promptement que dans l'ulcération ordinaire des cartilages, et que dans l'inflammation rhumatismale ordinaire des synoviales, ces tiraillemens et ces tressaillemens du membre, cette douleur circonscrite et rongeante, et cette douleur aiguë produite par la pression des cartilages des os l'un contre l'autre qui indiquent l'ulcération des cartilages.

Cela vient en partie peut-être de la rapidité de l'ulcération et en partie de l'étendue de la surface ulcérée, qui, ainsi que vous pouvez le voir sur la gravure et sur la pièce préparée, est très-considérable. Quand, au contraire, c'est un rhumatisme ordinaire qui attaque les cartilages articulaires, ses progrès sont plus lents, ses symptômes s'apaisent plus promptement, et la maladie est plus aisée à vaincre.

6° Le dernier caractère que je dois signaler est la gravité des symptômes constitutionnels. L'état fébrile le plus violent s'établit presque immédiatement. La fièvre est d'abord inflammatoire ; mais la langue tend rapidement à prendre une teinte brune et le pouls à faiblir comme dans la fièvre typhoïde ; enfin elle passe à l'état de fièvre hectique, lorsque l'état d'ulcération et la formation d'abcès met l'articulation dans la condition où on la trouve généralement dans l'ulcération des cartilages. C'est durant la première période, la période d'invasion de la fièvre que vous êtes frappés de sa violence inaccoutumée ; il y a même à cette époque des frissons fréquens et violens, avec une transpiration abondante ; on dirait d'un abcès sordide et gangréneux qui va se former ; quoique l'autopsie, dans le cas de M. Brodie, et la guérison dans celui de M. Rose, et dans le mien

démontrent que ses symptômes peuvent exister sans s'accompagner d'aucune suppuration.

Passons maintenant au traitement de cette affection. C'est ici surtout qu'on sent la nécessité de la distinguer du rhumatisme synovial malgré leurs traits de ressemblance. En effet, les remèdes qui guérissent dix-neuf fois sur vingt l'inflammation de la synoviale n'ont aucun pouvoir sur l'autre maladie ; ou bien s'ils parviennent à l'entraver, ce n'est jamais que lentement et imparfaitement. Je vous fais observer que cette maladie est peut-être primitivement une inflammation du périoste du fémur ou du moins que celle-ci en constitue une complication essentielle ; vous savez que le seul remède sur lequel vous pouvez compter pour dissiper une périostite aiguë est le mercure ; c'est donc au mercure qu'il faut recourir. De plus la maladie est rhumatismale ; mais c'est un rhumatisme du tissu fibreux du périoste et non pas seulement de la synoviale articulaire ; et vous savez aussi que cette forme, dite rhumatisme fibreux, cède communément plus facilement au calomel et à l'opium, qu'aux moyens qui suffisent contre le rhumatisme synovial.

Je vous recommande donc fortement, quand vous aurez à traiter une maladie de ce genre, de recourir presque aussitôt au calomel et à l'opium, de manière à affecter modérément les gencives ; on en donne un ou deux grains avec un quart ou un demi-grain d'opium, toutes les six heures, et on le continue à doses décroissantes un peu de temps encore après que la fougue des symptômes a été arrêtée. En les combinant avec un peu d'antimoine, comme je l'ai fait, vous pouvez commencer à les prescrire même quand la fièvre est considérable. C'est au calomel et à l'opium que le malade de M. Rose a dû sa guérion. M. Brodie en avait aussi obtenu de bons résultats, quoique sa malade ait fini par succomber. Dans l'observation qui m'est propre et que j'ai rapportée en détail, *il a agi comme un charme.* Après l'emploi répété des sangsues et du colchique, sans le moindre adoucissement dans les souffrances de ma malade, je donnai l'opium et le calomel ; dès le lendemain il y avait une amélioration décidée, et en moins d'une semaine tout danger avait disparu. Comme je n'ai vu notre nouveau malade que depuis un jour ou deux, je ne peux comparer son état actuel avec celui qu'il offrait lors de son entrée à l'hôpital. Je sais toutefois qu'après les premiers jours la maladie a été en s'améliorant par degré quoique lentement ; mais toujours est-il qu'aucun des moyens employés n'a suffi pour la guérison, et dans ce cas cependant la méthode antiphlogistique a été appliquée d'une manière complète. Il a été saigné dès le début pour son urticaire ; il y eut près de 100 sangsues, avec le colchique, etc., et ce traitement a été commencé le jour même de l'invasion de la maladie. Le calomel et l'opium ont été commencés par le docteur Wilson ; et sous leur influence je crois que nous serons témoins d'un amendement plus rapide que par le traitement antérieur.

Voici les détails qu'on m'a communiqués sur le traitement jusqu'à ce jour.

1er juillet. Saignée de 15 onces ; calomel, 5 grains h. s. s. ; potion de séné demain matin. — Rep. : Potion saline avec carbonate de magnésie, demi-gros, toutes les 6 heures.

2. Le genou est plus enflé, la douleur plus violente, l'éruption meilleure. — Rep. : Pilules de calomel et potion de séné ; 18 sangsues ; lotions spiritueuses.

3. L'urticaire est partie, le genou extrêmement gonflé, la douleur excessive ; frisson continuant ; un très-léger amendement dans l'état général. — Rep. : Sangsues ; potion avec addition de vin de colchique, 20 gouttes pour chaque dose ; poudre d'ipéca composée, 10 grains h. ss.

5. Emplâtre vésicatoire sur le côté.

6. Douze sangsues ; continuer la potion.

8. Dix sangsues.

10. Emplâtre vésicatoire sur la cuisse.

12. Douze sangsues ; continuer la potion avec le vin de colchique, 30 gouttes pour chaque dose.

14. Pilules de savon avec 5 grains d'opium o. n. s.

19. Dix-huit sangsues ; plus de potion ; fomentations et cataplasmes. — Rep. : Calomel, demi-grain ; opium, 3 grains m., 6 tis horis.

Je l'ai vu le 24 pour la première fois ; les symptômes étaient encore assez saillans pour que vous ayez pu les reconnaître, et remarquer les diverses particularités que je viens de passer en revue. Sans délai, j'ai recommandé plus spécialement le calomel et l'opium, à l'usage desquels il est maintenant. Je ne veux pas dire qu'il faille renoncer aux sangsues, aux lotions froides et aux moyens locaux analogues, mais je veux que vous mettiez principalement votre confiance dans l'usage du mercure pour dompter la violence de la douleur.

Maintenant, passons à la seconde indication du traitement. La violence de l'inflammation de l'os étant calmée, je suppose, il reste une affection sérieuse de l'articulation. Alors les tiraillemens et les spasmes musculaires, les vives douleurs nocturnes dans l'articulation, la douleur produite par la pression des surfaces articulaires l'une contre l'autre continuent toujours, quoique la fièvre et la douleur générale du membre avec le gonflement et la bouffisure, et l'aspect blanc et lisse des tégumens et la sensibilité du fémur aient disparu ; c'est-à-dire qu'il reste une ulcération des cartilages articulaires pour laquelle vous savez que les révulsifs seuls ont une réelle efficacité. Il faudra donc, dans cette seconde époque de la maladie, maintenir la jointure parfaitement en repos et employer les vésicatoires et les cautères jusqu'à la disparition des symptômes. Dans l'ulcération des cartilages qui suit l'inflammation synoviale, les vésicatoires seuls suffisent pour l'ordinaire ; mais l'ulcération sous cette forme morbide spéciale est plus rapide et plus étendue, en sorte que probablement un cautère sur un ou deux côtés de l'articulation sera généralement nécessaire. Ma première malade avait une ulcération, suivant toute apparence, entre la rotule et la surface du fémur, et aussi entre le condyle interne de cet os et le tibia ; plusieurs vésicatoires n'avaient produit aucune diminution de la douleur ; un cautère sur le côté interne de l'articulation suffit pour la dompter, et elle quitta l'hôpital avec un membre utile, les mouvemens de la jointure ayant été conservés. Chez le malade de M. Rose, au contraire, la maladie fut vaincue, à la vérité ; mais j'ai su qu'à sa sortie de l'hôpital le membre était ankylosé et immobile.

Vous attendez de moi peut-être que je dise quelque chose de relatif aux progrès futurs de la maladie d'Everitt; mais, en vérité, je suis à peine certain de l'état dans lequel se trouvent actuellement les parties. Il me paraît évident que quelque ulcération est survenue dans les deux points où le tibia et le fémur sont en contact, spécialement au côté interne, et encore là où la rotule repose sur le fémur. Il est manifeste, en outre, qu'il y a toujours beaucoup d'inflammation dans la partie inférieure du fémur, que vous pouvez sentir tuméfié et douloureux (ou du moins son périoste) à quelques pouces au-dessus de l'articulation. Mais quant au degré et à la nature du gonflement qui persiste toujours, il n'y a aucun moyen de s'en assurer. Je crains que la suppuration ne survienne, si elle n'a pas lieu déjà, comme dans le cas de M. Keate. S'il en est ainsi, le résultat est fort douteux, et le malade aura une grande peine à s'en tirer, si même il en guérit jamais; sinon nous aurons à chercher à quelle époque la méthode de traitement actuelle pourra être abandonnée, et la maladie suffisamment bornée pour être traitée, comme une simple ulcération des cartilages, par un cautère. En tout cas, le fait mérite que vous apportiez toute votre attention à sa terminaison.

Nota. Depuis que cette leçon a été faite, le malade a éprouvé un mieux très-sensible par l'emploi continué du calomel et de l'opium.

6 août. (*The London medical Gazette.*)

LA LANCETTE FRANÇAISE,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

(SEPTEMBRE 1833.)

LANCETTE DU 3 SEPTEMBRE.

HOTEL-DIEU.

—

RÉSUMÉ DE LA CLINIQUE DE M. LE PROFESSEUR CHOMEL.

—

(DEUXIÈME ARTICLE.)

PLEURO-PNEUMONIE;

Mortalité suivant les âges, les sexes, les saisons et le siége de la maladie; des émissions sanguines, des révulsifs et des préparations antimoniales dans le traitement de cette affection.

Les pleuro-pneumonies ont été plus nombreuses et ont offert plus de gravité que les années précédentes. Le nombre des pneumoniques admis a été 63, dont 17 morts: ce qui porte la mortalité à 1 sur 4 environ. Dans le nombre des morts se trouvent compris deux malades qui ont succombé le jour même de leur entrée; un malade qui a offert une complication de méningite, et une autre qui était en même temps affectée d'une phlébite utérine. La pneumonie s'est présentée sous les formes les plus variées. Tantôt elle n'était caractérisée que par l'expectoration; des crachats jaunes, verts ou rougeâtres en révélaient seuls l'existence. Dans d'autres cas l'auscultation seule fournissait des signes caractéristiques. Enfin, sur une malade affectée d'une double pneumonie, il n'existait qu'une dyspnée et un mouvement fébrile intenses. L'expectoration, la percussion et l'auscultation ne fournissaient que des signes négatifs. La pneumonie s'est montrée plus souvent à droite qu'à gauche. Un malade atteint de pleuro-pneumonie du côté gauche a offert une complication d'ictère. La coloration jaune de la peau s'observe assez fréquemment dans les pneumonies droites; mais elle est rare dans les pneumonies du côté gauche. Cependant, l'année dernière, une complication analogue a été observée. Lorsque le poumon droit est le siége de la phlegmasie, on conçoit aisément le trouble sympathique de l'organe sécréteur de la bile; mais lorsque la pneumonie siége dans le côté gauche, l'ictère doit être considéré comme une complication tout-à-fait indépendante de la phlegmasie pulmonaire.

Tous les malades ont offert les signes et les lésions anatomiques de la pneumonie aiguë, à l'exception d'un seul, chez lequel on a trouvé le tissu du poumon induré, tout-à-fait imperméable à l'air, d'une couleur grisâtre, et ne présentant pas de suintement de pus par la pression. C'est cet état du parenchyme pulmonaire chroniquement enflammé, que l'on retrouve autour des masses ou des excavations tuberculeuses; dans la phthisie pulmonaire un cas de ce genre s'est présenté à notre observation pendant la clinique de l'année dernière. Chez un malade, outre les lésions anatomiques de la pneumonie, on a trouvé des fausses membranes tapissant le pharynx, les amygdales et les piliers du voile du palais. Enfin un autre sujet a offert les traces d'une péricardite aiguë qui avait marché avec la pneumonie.

La pneumonie est, toutes choses égales d'ailleurs, beaucoup plus grave chez les individus avancés en âge que chez les jeunes sujets. Ainsi, cette année, la mortalité a été d'un cinquième chez les malades de 15 à 30 ans; elle a été d'un tiers chez ceux de 30 à 45; des deux tiers chez ceux de 45 à 60. Il n'y a eu qu'un seul malade ayant dépassé l'âge de 60 ans; il a succombé.

La mortalité a été plus considérable chez les femmes que chez les hommes. Sur 49 hommes, 10 ont succombé, et sur 14 femmes, 7 sont mortes. La mortalité des deux années précédentes a offert à peu près les mêmes proportions. Il est aisé de conclure de ces chiffres, que la pneumonie est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes, et que chez ces dernières elle présente plus de gravité.

La mortalité a varié suivant les saisons. Du reste, les résultats obtenus cette année diffèrent peu de ceux auxquels nous sommes arrivés les deux années précédentes.

En 1831, pendant le semestre d'hiver, la mortalité fut d'un cinquième; elle fut d'un quart pendant le se-

mestre d'été. Pendant l'année 1832, en hiver, un cinquième ; en été un sixième ; enfin, pendant le cours de cette année, un quart en hiver, et un tiers en été.

Ce qui prouve, ainsi que l'a fait observer maintes fois M. Louis, que les conclusions qu'il a tirées d'un petit nombre de faits bien observés, se trouvent confirmées par de nouveaux résultats.

Ceci peut s'appliquer à la mortalité suivant le siége de la pneumonie. Dans les années précédentes nous avons remarqué que la pneumonie du côté droit était plus fréquente et plus grave que celle du côté gauche. En effet, en 1831, la mortalité a été d'un cinquième dans les pneumonies du côté gauche, et d'un quart dans les pneumonies du côté droit.

En 1832, la mortalité a été d'un quatorzième dans le premier cas, et d'un sixième dans le second.

Enfin, en 1833, la mortalité a été d'un tiers dans la pneumonie droite, et d'un vingt-quatrième seulement dans la pneumonie gauche.

Des sujets affectés de pneumonie double, il en est mort un quart en 1831, un tiers en 1832 et un septième en 1833.

Le traitement antiphlogistique a été mis en usage chez 46 des malades admis cette année. Il en est mort un quart. Ce traitement consistait dans l'emploi des émissions sanguines, de la diète et des révulsifs, auxquels on avait recours lorsque le mouvement fébrile diminuait d'intensité, 10 malades ont été traités par le tartre stibié à haute dose ; 5 ont succombé. M. Chomel n'avait pas été aussi heureux les autres années. Il se propose de tenter cette dernière médication dans un plus grand nombre de cas. L'oxyde blanc d'antimoine a été employé dans quatre cas concurremment avec les émissions sanguines. Ces cas étaient peu graves ; ils se sont terminés par la guérison. Sous l'influence de cette dernière médication, il n'est survenu dans aucun cas des nausées, des vomissemens ni de la diarrhée. M. Chomel n'a pas observé cette diminution de la fréquence du pouls, qu'on attribue à l'influence de cette préparation antimoniale. Dans l'intention de constater les effets primitifs de l'oxyde blanc d'antimoine, M. Chomel l'a administré à un convalescent, depuis un demi-gros jusqu'à une once, et il n'a observé ni ralentissement du pouls, ni augmentation de la transpiration ; ni modification des voies digestives. Le malade n'a présenté aucun phénomène notable ; il prenait une once d'oxyde blanc d'antimoine comme on avale un verre d'eau. Ces faits sont peu concluans, dit M. Chomel, en faveur de l'efficacité de l'oxyde blanc d'antimoine.

Pleurésie ; guérison franche d'un cas de pleurésie double.

Des 23 malades affectés de pleurésie, 5 sont morts 18 sont sortis guéris. La maladie a été aiguë dans 19 cas, chronique dans 4. De ces 23 pleurésies, 14 se sont manifestées pendant l'hiver, et 9 pendant l'été. Dans ce nombre se trouvaient 18 hommes et 5 femmes. 10 fois la pleurésie avait son siége dans le côté droit du thorax, 12 fois elle siégeait à gauche. Enfin, dans un cas, la pleurésie était double. Dans tous les cas l'auscultation et la percussion ont fourni des signes plus positifs que les symptômes généraux.

Les 5 pleurésies qui se sont terminées par la mort ont toutes offert des complications. Dans le premier cas, la phlegmasie avait envahi le péricarde ; elle occupait d'ailleurs une grande étendue ; toutes les portions de la plèvre interlobaire étaient affectées. Dans le second cas, il y avait en même temps hypertrophie du cœur ; dans le troisième, épanchement purulent dans le bassin, et cirrhose du foie ; enfin dans les deux autres cas, le poumon contenait des tubercules.

Un cas de pleurésie double a été observé sur une jeune fille couchée au n° 16 de la salle St.-Lazare. Cette affection était des mieux caractérisée. Son existence était révélée par les signes les plus évidens. Cette jeune fille est sortie guérie de l'hôpital. M. Chomel l'a revue deux fois après sa guérison, qui a été des plus franches. Nous insistons sur ce fait, parce qu'un excellent observateur (M. Louis) a été conduit par un certain nombre de faits à regarder la pleurésie double comme symptomatique d'une affection tuberculeuse du poumon, et comme entraînant un grand danger pour la vie du malade. Dans ces cas, rien n'autorise à soupçonner cette complication. La marche a été celle d'une inflammation franche, et la guérison a été complète.

HOPITAL BEAUJON.

—

OBSERVATIONS DE MALADIES DU COEUR,

Par M. Filhos.

PREMIÈRE OBSERVATION.

Dilatation des cavités du cœur. Légère hypertrophie de ses parois ; ossification des valvules sigmoïdes de l'aorte ; souffle après le second bruit, disproportion notable entre la largeur de la valvule mitrale et l'étendue de l'ouverture auriculo-ventriculaire ; souffle après le premier bruit ; léger son auriculo-métallique.

Jean Ledoré, âgé de trente-quatre ans, soldat depuis 1809, trompette, est entré à l'hôpital Beaujon le 12 janvier 1833. Ce malade est d'une taille moyenne, d'une forte constitution ; il a les épaules larges. Jusqu'à l'année 1825, il avait toujours joui d'une bonne santé. A cette époque, il fut pris d'une douleur dans le côté gauche, occasionée par une sueur rentrée. Des saignées, des ventouses, des cataplasmes furent prescrits ; les accidens inflammatoires se calmèrent, mais le malade ne tarda pas à s'apercevoir qu'il restait exposé à des battemens du cœur. Bientôt il devint *asthmatique*, et tout cet état maladif continua à prendre chaque jour un plus grand accroissement.

L'année dernière, la douleur cardiale se reproduisit, et nécessita l'application de nouvelles sangsues et un repos prolongé. Malgré l'état délabré de sa santé, le malade voulut continuer à être trompette.

Aujourd'hui, jour de son entrée : figure pâle, bouffie; cou gros, pâleur générale de la peau, affaissement des traits de la face, œil abattu, lèvres violettes; les membres sont œdémateux, et le tissu cellulaire sous-cutané est légèrement infiltré. Le parler est essoufflé; la respiration est gênée, courte; l'orthopnée est très-prononcée; le sommeil est presque nul; le thorax est sonore, excepté en arrière et en bas. L'auscultation fait entendre du râle muqueux dans les deux poumons. Dans la moitié inférieure de ces deux organes, surtout de celui du côté droit, il existe du râle crépitant. La toux est parfois assez pénible; l'expectoration est muqueuse et assez abondante; elle est mélangée de sang. Rêves souvent assez pénibles; perte d'appétit, pas de soif.

Cœur. Matité dans l'étendue de 5 pouces à 5 pouces et demi de haut en bas, et presque autant en travers. La matité n'est guère perceptible que lorsqu'on percute la région péricardiale pendant l'expiration, c'est-à-dire alors que le poumon est affaissé. Le premier bruit du cœur, ainsi que le second, est à peine sensible; ils sont remplacés l'un et l'autre par un bruit de souffle très-fort qui se prolonge pendant le silence; ce souffle est autant et même plus sensible derrière le sternum et les cartilages des côtes droites que dans le lieu ordinaire des battemens du cœur. Il m'a été impossible de distinguer les bruits qui appartiennent au ventricule droit. Le mouvement de systole s'accompagne d'un léger son auriculo-métallique. Le rhythme du cœur est régulier. Le pouls donne 85 pulsations par minute; il ne présente pas d'irrégularité. (Pect., jul. oxym. seillit.; cat. sinap., lav. purg., d.)

Il est, je crois, tout-à-fait inutile que je retrace jour par jour le traitement de ce malade, puisque aucun des moyens qu'on a employés n'a pu retarder d'un seul instant les progrès de la maladie vers une fin qui ne pouvait être éloignée. Selon les indications, on a pratiqué des saignées, donné des lavemens purgatifs et même des purgatifs drastiques. Un vésicatoire a été appliqué sur le côté. Enfin les opiacés; les diurétiques, les sédatifs des mouvemens du cœur, tels que le sirop de pointes d'asperges et la digitale, ont été tour-à-tour employés. Le malade a succombé le 6 février 1833.

Nécropsie. Léger emphysème dans la partie antérieure des deux poumons. La partie moyenne de celui du côté droit présente une pneumonie au troisième degré. Il existe un léger épanchement séreux dans les plèvres. Les organes abdominaux n'offrent rien de remarquable.

Cœur. Très-volumineux. La cavité du ventricule droit est très-dilatée, et ses parois sont épaissies. Pareille observation a été faite au ventricule gauche. Les valvules sigmoïdes droites, ainsi que la valvule tricuspide, sont saines. Les valvules sigmoïdes de l'aorte sont ossifiées à leur base, et présentent sur leur surface de petites concrétions jaunâtres. En faisant tomber de l'eau sur ces valvules, elles ne peuvent s'abaisser et fermer la communication de l'aorte avec le ventricule gauche. Immédiatement au-dessus du point de réunion des deux valvules sigmoïdes aortiques, dans le point correspondant au ventricule droit, existe une excavation assez grande pour recevoir la pulpe du doigt médius. Cette cavité semble avoir été faite par un emporte-pièce, et elle comprend toute l'épaisseur des parois de l'aorte; ses parois sont lisses. La valvule mitrale paraît saine : mais si, après avoir excisé la pointe du cœur, et nettoyé parfaitement le ventricule gauche des caillots de sang qu'il contient, on verse de l'eau dans ce même ventricule, la valvule mitrale ne peut pas la retenir. Ce phénomène est dû à un défaut de proportion entre la largeur de la valvule et l'étendue de l'ouverture auriculo-ventriculaire, qui a participé au mouvement de dilatation des cavités du cœur.

DEUXIÈME OBSERVATION.

Hypertrophie légère du ventricule gauche; léger son auriculo-métallique; altération des valvules sigmoïdes gauches; souffle après le second bruit.

Julien Ferré, âgé de trente-neuf ans, bonnetier, est entré à l'hôpital Beaujon le 12 novembre 1832. Ce malade, manquant d'ouvrage, fut en chercher, il y a environ six semaines, dans une fabrique de blanc de céruse. Atteint de la colique de plomb, il vint se faire soigner dans notre hôpital. Le traitement par l'hydrochlorate de morphine fut employé; mais ce malade ne se rétablissant pas d'une manière franche, nous dûmes en chercher la cause en prenant de lui de nouveaux renseignemens, et en interrogeant successivement tous les organes. Nous apprîmes que sa santé avait été parfaite jusqu'en 1827, et qu'il attribuait à une sueur rentrée, que détermina un repos de quelques instans à l'ombre et sur un gazon frais, l'apparition de palpitations. D'abord très-violentes, elles se calmèrent peu à peu; mais la première impulsion au développement d'une affection cardiale était donnée; les palpitations ne tardèrent pas à se reproduire; et depuis ce moment elles n'ont pas cessé de s'accroître. Elles étaient surtout très-vives après une course, pendant le travail, à la suite de quelque émotion, de quelque contrariété. Bientôt l'essoufflement suivit le moindre exercice. Le malade n'a jamais pris aucun soin de sa santé.

Dans ce moment il est dans un état de dépérissement des plus grands; ses forces sont anéanties; le moindre mouvement lui ôte la respiration, et donne lieu à des palpitations si violentes, que la syncope est près de s'ensuivre; son parler est très-bref et essoufflé; le sommeil est agité; les poumons sont sains, la surface extérieure du corps, et surtout la face est jaunâtre, terreuse. Flaccidité des chairs, perte de l'appétit, langue blanchâtre, haleine fétide, dents noires; un peu de douleur dans la région épigastrique, de temps en temps quelques vomissemens bilieux et muqueux; on ne sent aucune tumeur dans le ventre.

Cœur. Matité de trois pouces de haut en bas, de deux pouces et demi à trois pouces en travers; les battemens du cœur sont forts et réguliers; la pointe du cœur se fait sentir entre la cinquième et la sixième côte du côté gauche. En appliquant le stéthoscope sur différens points du thorax, on entend les phénomènes suivans : 1° A la pointe du cœur, premier bruit normal avec un léger son auriculo-métallique; premier silence

naturel; second bruit, formé de moitié bruit, moitié souffle; celui-ci se prolonge pendant le second silence. 2° Sur la face antérieure du sternum, et principalement à sa partie moyenne, premier bruit et premier silence à l'état normal; second bruit transformé en souffle très-fort, qui se prolonge pendant le second silence. 3° A la gauche du lieu qu'occupe le cœur, et en montant jusque sous l'aisselle, les deux bruits du cœur se font entendre sans aucun mélange de souffle.

Le 26 novembre, l'étouffement devient de plus en plus considérable; les poumons se congestionnent, et le malade succombe le 29. J'omets de parler du traitement, qui n'a pu être dirigé vers la maladie du cœur.

Nécropsie. L'encéphale est à l'état sain; les poumons ne présentent pas d'altérations; le foie est atteint de cirrhose; la muqueuse de l'estomac est grisâtre; elle a sa consistance naturelle; toute la surface interne des intestins, ainsi que la matière qu'ils contiennent, est d'une couleur jaune safran.

Cœur. De volume ordinaire; le ventricule gauche est légèrement hypertrophié, le droit ne présente rien d'anormal, la crosse de l'aorte est pleine de plaques blanches et de concrétions; ces plaques s'étendent sur les valvules sigmoïdes; celles-ci présentent à leur base un endurcissement osso-cartilagineux qui gêne leur mouvement. La valvule mitrale présente aussi sur sa surface des plaques semblables à celles qui ont été observées sur les valvules précédentes; la surface interne du ventricule est saine; la valvule tricuspide et les valvules sigmoïdes de l'artère pulmonaire sont à l'état normal.

TROISIÈME OBSERVATION.

Légère hypertrophie du ventricule gauche; ossification et érosion des valvules sigmoïdes aortiques; second bruit transformé en bruit de souffle; léger souffle pendant le premier bruit, provenant probablement du frottement du sang contre les valvules sigmoïdes altérées.

Marie Brusselle, âgée de quarante-sept ans, couturière, est entrée à l'hôpital Beaujon le 30 octobre 1832. Malgré les fatigues et les privations de toute espèce, des travaux soutenus et le jour et la nuit, et trop souvent le manque de nourriture, cette malade était parvenue à se conserver en bonne santé; ses règles se sont peu à peu supprimées, et elle ne sait si elle doit attribuer à cette suppression, ou à d'autres causes, qu'elle n'a pu apprécier, l'origine des palpitations dont elle est tourmentée depuis dix-huit mois.

Le 8 avril elle éprouva une légère atteinte de choléra; depuis ce moment surtout l'état maladif de sa santé n'a fait que s'accroître.

Aujourd'hui la malade est dans un état de maigreur extrême; sa figure est pâle, abbattue; les jambes, ainsi que les parties génitales externes, sont le siége d'un gonflement édémateux; le pouls est assez faible, un peu vite, mais régulier. Il existe beaucoup d'oppression; la toux est pénible; l'expectoration visqueuse et muqueuse, de temps en temps un peu rouillée. On retrouve un peu de matité en arrière des deux poumons, et dans le même point l'auscultation laisse entendre du râle sous-crépitant muqueux; la respiration est presque pure en avant; le sommeil est nul; pas de soif.

Cœur. Il paraît volumineux, son impulsion sur les parois thoraciques est peu forte; le premier bruit s'accompagne d'un bruit de souffle à peine sensible; le second bruit est changé en bruit de souffle, qui se prolonge pendant tout le temps du second silence; les mouvemens du cœur sont très-rapprochés, mais réguliers. (Peet. miellé, jul., pédiluv., d.)

Depuis son entrée jusqu'au moment de sa mort, l'état de la malade a toujours été en empirant; la toux est devenue de plus en plus pénible, les crachats ont peu à peu cessé d'être rouillés, mais la matité, la bronchophonie, le défaut de respiration, et l'orthopnée, qui était extrême, ne laissaient aucun doute sur l'état du poumon. L'anasarque a peu à peu fait des progrès; enfin la malade a succombé le 11 novembre 1832. Les antiphlogistiques, auxquels on a joint de légers béchiques, ont été d'abord employés; plus tard on y a joint le vin diurétique amer. Un vésicatoire a été appliqué sur le côté; la digitale enfin allait être employée lorsque la mort est arrivée.

Nécropsie. Les plèvres contiennent à peu près six onces de sérosité; hépatisation grise dans une assez grande étendue du poumon gauche; le poumon droit présente aussi une parcille altération, mais elle est beaucoup moins prononcée.

Cœur. Le ventricule gauche offre une légère hypertrophie; les valvules sigmoïdes de l'aorte sont profondément altérées; leur tissu induré présente dans différens points des plaques blanchâtres et presque osseuses; leur bord libre est presque ossifié. Une des valvules, à partir de son bord libre, présente une érosion bien manifeste dans l'étendue d'une bonne ligne; ce point érodé ressemble assez à la carie des cartilages; ces valvules ne peuvent s'abaisser : à peine peuvent-elles s'écarter d'une ligne des parois de l'aorte. L'examen des autres parties du cœur ne laisse voir aucune altération. Toute l'étendue de la crosse de l'aorte est très-dilatée; elle présente des plaques jaunâtres, dont quelques-unes sont ossifiées. Dans quelques points arrondis, la membrane interne est enlevée, et la place qu'elle occupait paraît être ulcérée; enfin, on aperçoit encore des froncemens ou plissemens de la membrane interne, ressemblant tout-à-fait à d'anciennes cicatrices.

(*La suite à un prochain numéro.*)

CALCUL

SIÉGEANT AU BULBE DE L'URÈTRE;

Incision de cette portion du canal excréteur de l'urine à travers le scrotum; extraction d'une pierre murale ayant les dimensions et la forme d'un gros haricot; guérison très-rapide;

Par M. Moulinié,

Chirurgien en chef de l'hôpital Saint-André, de Bordeaux.

Observation communiquée,

Par M. J.-J. Gazenave, D. M. P.

Pierre Constantin, de Barbezieux, âgé de 13 ans,

est maigre, pâle, faible, porte sur son visage l'expression de longues souffrances, se plaint de douleurs cuisantes et presque permanentes de l'urètre et du gland, rend continuellement et involontairement ses urines, et est toujours souillé, quoi qu'on fasse pour le tenir propre. A ce cortége de maux se joignent parfois quelques accès de fièvre.

L'exploration des portions prostatique et membraneuse de l'urètre par le rectum, à travers les parois périnéales, ne permet de rien reconnaître de particulier. Une algalie de petit calibre, portée dans le canal qui est vivement enflammé, fait éprouver des douleurs convulsives au petit malade, qu'on peut à peine contenir, même en fixant fortement le bassin. On n'arrive pas jusqu'au calcul, on ne peut conséquemment acquérir aucune donnée positive et sur son volume et sur sa position.

Le chirurgien en chef prescrit des demi-bains, des boissons tempérantes, des émulsions, l'application de quelques sangsues au périnée, des fomentations émollientes sur le scrotum et autour du pénis, et un régime convenable.

Depuis le 24 novembre dernier, jour de l'entrée de Constantin à l'hôpital, jusqu'au 18 décembre, époque de l'opération, M. Moulinié explora plusieurs fois le canal, trouva le calcul logé au commencement de cette partie spongieuse de l'urètre qu'on appelle le bulbe (*ventricule-bulbe* de Blandin), et voulut bien permettre que M. le docteur Chaumet et moi nous nous assurassions de l'état des choses.

La certitude acquise de la présence du calcul au bulbe urétral ne laissa aucun doute sur ce qu'il y avait à faire pour débarrasser le malade d'un pareil hôte.

M. Moulinié fait mettre et fixer Constantin pour la cystotomie, place une algalie dans l'urètre, pousse jusqu'au calcul, remarque la profondeur à laquelle il est placé, ramène fortement en arrière et des deux côtés le scrotum, dont il applique fortement aussi la ligne médiane sur l'urètre, incise avec précaution les tissus jusqu'à la pierre, et agrandit l'ouverture des tégumens en bas, afin que l'urine trouve une issue assez libre pour ne pas s'infiltrer dans les parties. Cela fait, on extrait le calcul avec des pinces à disséquer, et une sonde cannelée qu'on fait agir à la façon d'un levier. Ce corps étranger, sur lequel on remarquait une échancrure, une espèce de rigole à travers laquelle les urines filtraient goutte à goutte, était mural et avait les dimensions et la forme d'un gros haricot.

L'opérateur crut ne pas devoir mettre la sonde en gomme élastique dans l'urètre, qui fut cicatrisé, ainsi que les tégumens, douze jours après l'opération.

PHLÉBITE

A la suite d'une saignée du bras;

Par M. Bermond, D. M., à Bordeaux.

De tous les accidens que l'on observe à la suite des saignées du bras, la phlébite est le plus redoutable. Aussitôt développée, elle parcourt ses périodes avec promptitude, se propage vers le tronc, gagne l'organe central de la circulation, donne naissance aux phénomènes les plus alarmans, et le plus ordinairement se termine par la mort.

Une maladie aussi prompte dans sa marche, aussi funeste dans ses effets, doit fixer l'attention du praticien d'une manière toute spéciale. L'observation suivante me fournira l'occasion de rappeler combien il est important de prendre les plus petites précautions lorsqu'on pratique une saignée, celle du bras surtout.

Le nommé Jean Galay, de 25 ans, robuste et d'une bonne constitution, fut affecté d'une pneumonie pour laquelle il réclama mes soins. Je conseillai la médication que le cas réclamait, et je pratiquai une saignée. Le malade marchait rapidement vers la guérison lorsqu'une imprudence le fit rechuter. Les mêmes phénomènes s'étant reproduits la même médication fut suivie. La saignée fut pratiquée de nouveau, et j'appliquai une compresse qui fut maintenue par une bande. Il est bon de faire observer que la compresse ayant été salie par le sang à une première application, je la retournai pour mettre en rapport avec la plaie le côté le plus propre. (Cette manœuvre se pratique ordinairement et fort mal à propos.)

Le lendemain de la saignée le malade éprouvait dans tout le membre une douleur tellement vive qu'il m'envoya chercher pour déplier l'appareil. La bande ôtée, je vis que la compresse était roide et bosselée, qu'un érysipèle avec gonflement existait autour de la piqûre dont les bords étaient rouges et écartés; que les ganglions du pli du coude étaient engorgés, que le tissu cellulaire qui sert d'enveloppe aux veines superficielles était dur et douloureux, et que les ganglions axillaires participaient eux-mêmes à cet état inflammatoire. A ces accidens auxquels on ne peut méconnaître la phlébite, j'opposai un traitement actif : application de 40 sangsues sur le trajet des veines du bras; cataplasmes émolliens et anodins souvent renouvelés; diète absolue et usage de boissons délayantes. Cette médication arrêta promptement la marche de ces symptômes fâcheux, et le malade peu de jours après fut délivré de sa phlébite et de sa pneumonie.

Cet appareil de phénomènes alarmans qui s'est montré après la saignée ne peut avoir été occasioné que par l'irritation vive que la compresse endurcie par un peu de sang desséché aura provoqué à la surface de la piqûre. Cette irritation se sera communiquée par continuité de tissu aux parties plus éloignées.

A cette cause occasionnelle ne peut-on pas réunir quelques prédispositions individuelles? Je le pense; car, comment se rendre raison autrement de l'apparition aussi prompte d'accidens aussi graves? Toutefois comme il ne demeure pas moins démontré que si j'avais pris les précautions convenables après la saignée, de pareils accidens n'auraient pas été provoqués, il est essentiel de rappeler les préceptes que tout le monde connaît et que très-peu de personnes mettent en pratique.

1° Réunir très-exactement les lèvres de la plaie et mettre dessus un linge en toile fine, souple et propre.

2° Avant d'appliquer le bandage s'assurer que le sang est bien arrêté.

3° Si le sang coulait, ce qui est presque toujours le résultat d'un engorgement trop considérable des veines superficielles, on appliquera légèrement le pouce sur la plaie, et on élèvera la main et l'avant bras pour favoriser la circulation du sang veineux.

4° Avoir soin de ne pas trop serrer le bandage, et éviter aussi qu'il soit trop lâche. Pour bien remplir ces deux indications il faut se servir d'une bande un peu étroite et suffisamment longue, et fixer le dernier chef avec une épingle ou quelques points de suture qui, le plus ordinairement, est fait de manière à reposer sur la piqûre faite à la veine.

LANCETTE DU 5.

HOTEL-DIEU.

SERVICE DE M. ROSTAN.

PNEUMONIE AIGUE

Traitée par l'oxyde d'antimoine et un vésicatoire; guérison.

OBSERVATION COMMUNIQUÉE

Par M. P. P.

Léonard Chaussagnac, commissionnaire, âgé de 36 ans, d'une santé habituellement bonne et d'un tempérament bilioso-sanguin, depuis un mois éprouvait une malaise général, une petite toux sèche à laquelle il ne faisait aucune attention; mais le 22 mai de cette année, après s'être un peu plus que de coutume *amusé à la bouteille*, il fut pris dans la soirée de frissons auxquels succéda une chaleur âcre, la toux devint très fréquente et suffoquante, et en même temps les crachats présentaient du sang mêlé aux mucosités. Ce caractère, qui effraie toujours les malades et leur fait soupçonner une affection très grave, porta celui-ci à se présenter dès le lendemain pour entrer à l'hospice, où il fut reçu le 23 mai.

Le 24 mai, à la visite du matin, ce qui frappe d'abord auprès de ce malade, c'est l'état profond d'abattement dans lequel il est plongé. Ses traits sont concentrés; ses yeux, à demi ouverts, semblent percevoir péniblement les rayons lumineux; ses pommettes sont vivement colorées, et la face à la teinte terreuse. Le décubitus est dorsal; le malade accuse une douleur très-vive dans le poumon gauche, surtout vers sa base, en arrière et latéralement. La respiration est abdominale, courte et difficile, incomplète; la toux fréquente augmente la douleur de côté; l'expectoration est pénible, et les crachats diffluens ressemblent tout-à-fait à de la lie de vin. La percussion, que l'on ne peut pratiquer sans les plus grands ménagemens, donne un son mat des deux côtés du thorax; mais à droite la respiration, quoique obscure, s'entend encore; et c'est à gauche surtout que réside la maladie; car nul bruit ne frappe l'oreille; seulement le sommet de ce poumon fait entendre un sifflement très-marqué. La peau est chaude, halituense; le pouls petit, mou, se laissant très-facilement déprimer, donne 94 pulsations. Peu de céphalalgie, insomnie, langue légèrement rosée, humide; soif, inappétence. L'épigastre et l'abdomen ne sont point douloureux à la pression; les selles sont régulières, mais les urines rares. *Demi-gros d'oxyde blanc d'antimoine dans 4 onces de véhicule; tisane gommée; diète.*

23 mai. Le malade éprouve du mieux. Les crachats ont perdu l'aspect de la veille; ils sont toujours assez abondans, mais moins formés par du sang; il en est même qui n'en renferment pas la moindre strie. La respiration est moins pénible; le pouls, sans avoir perdu sa de fréquence (92 pulsations), s'est toutefois un peu relevé; il est toujours petit, mais il ne se laisse pas déprimer sous les doigts. 48 *grains d'antimoine dans 8 onces de véhicule; tisane gommeuse; julep; diète.*

26 mai. Le malade est de nouveau extrêmement abattu; il semble être retombé dans l'état de prostration du premier jour. Toutefois ses crachats sont moins sanguinolens, et en arrière au-dessous de l'angle inférieur de l'omoplate gauche, l'oreille perçoit le râle muqueux d'une manière bien évidente. Le sommet de ce même poumon laisse librement pénétrer l'air dans ses cellules. Le pouls a conservé sa résistance; quoique toujours petit, il est moins fréquent (88 pulsations); pas de selles depuis deux jours. 1 *gros d'oxyde blanc d'antimoine; tisane gommeuse; julep; lavement; diete.*

27 mai. L'abattement est moindre, et pourtant la face conserve sa teinte terreuse. La peau est couverte d'une sueur froide assez abondante; le pouls très-petit, se laisse de nouveau déprimer facilement (92 pulsations); la toux très fréquente, augmente la douleur, l'expectoration est difficile et les crachats sanguinolens. La percussion donne de la matité en arrière, et latéralement vers la base du poumon gauche, dans l'étendue en hauteur d'environ six travers de doigts. Si l'on ausculte ces points, le râle crépitant y est perçu manifestement, et même au-delà le sommet de ce même poumon fait entendre toujours le même sifflement. La douleur de côté semble être un peu moins vive. Les organes de la digestion sont toujours intacts. Toutefois, comme l'état général du malade était loin d'être très-satisfaisant, le bien-être ne se continuant pas de jour en jour, M. Rostan prescrivit sur le point douloureux un large vésicatoire; il porta la dose d'antimoine à un gros et demi. Même prescription du reste.

28 mai. A dater de ce jour, le malade a éprouvé un bien-être manifeste, et qui s'est maintenu de plus en plus. La respiration est moins pénible; la toux, quoique encore fréquente, détermine pourtant des douleurs beaucoup moins vives; les crachats sont à peine rouillés, et le malade se meut avec assez de facilité dans son lit. Le pouls s'est un peu relevé (90 pulsations). 2 *gros d'antimoine; même prescription du reste.*

29 mai. Même état; même dose d'antimoine.

30 mai. La respiration est facile, la toux peu fré-

quente et l'expectoration nullement pénible. Les crachats, blancs ou opaques, laissent à peine entrevoir quelques taches de rouille. La présence du vésicatoire ne permet pas de percuter la poitrine. L'auscultation fait connaître à gauche du râle sibilant en avant et en haut, et d'un râle crépitant sur le côté et en arrière. Le pouls, petit et serré, donne 85 pulsations; la face exprime le retour à la santé; le sommeil, quoique court, est paisible. *Bouillon de poulet; 2 gros d'antimoine; julep; tisane gommée; lavement émollient.*

31. Le malade se couche librement sur les deux côtés; les crachats opaques et adhérens aux parois du vase, ne présentent aucune trace de sang. Sous l'aisselle gauche l'on entend du râle muqueux; le pouls donne 76 pulsations. Même prescription que la veille.

Le 1er juin, le malade est mis au bouillon de bœuf, et la dose d'antimoine est diminuée graduellement de jour en jour.

Le 5. Le malade mange le quart. Nul accident ne trouble sa convalescence, et le 12 juin il sort de l'Hôtel-Dieu parfaitement guéri.

Cette observation est encore une de celles qui militent en faveur de la méthode rasorienne; elle montre aux praticiens qu'on ne doit jamais être absolu, ni rejeter les moyens quels qu'ils soient, que la thérapeutique fournit. Toutefois, c'est à l'homme habile dans l'art de guérir qu'il convient de discerner les cas dans lesquels tel ou tel remède doit être préféré. Sans doute la saignée est le moyen le plus efficace contre le plus grand nombre des pneumonies aiguës; mais quel est le praticien prudent qui n'eût pas hésité un instant; je dis même plus, qui eût osé sans regret faire ouvrir la veine d'un malade après avoir trouvé un pouls aussi petit, faible, déprimé? M. Rostan a préféré avoir recours à l'oxyde d'antimoine, et il a réussi. Porté à la dose de deux gros, ce médicament a amené la résolution de la pneumonie.

HOPITAL BEAUJON.

—

OBSERVATIONS DE MALADIES DU COEUR,

Par M. Filhos,

(Suite.)

QUATRIÈME OBSERVATION.

Péricardite avec adhérence du péricarde au cœur; hypertrophie de cet organe. Érosion ou carie de la valvule mitrale. Bruit de souffle après le prémier bruit.

Léonide Charros, âgée de dix ans, est entrée à l'hôpital Beaujon le 19 septembre 1832. Cette petite fille, quoique d'une assez faible constitution, jouissait cependant d'une parfaite santé; elle n'est pas encore réglée. Il y a à peu près un mois qu'elle éprouva un vive frayeur; à la même époque elle fut assez imprudente pour mettre ses pieds à l'eau froide pendant que son corps était en sueur. Ces deux causes donnèrent lieu au développement d'une série d'accidens: des palpitations survinrent, et elles furent accompagnées de douleurs dans les extrémités inférieures, mais surtout dans les articulations. Des bains, des sangsues derrière les oreilles, l'émétique, la tisane de gayac, sont autant de moyens qui ont été successivement employés avec l'entrée de la maladie dans l'hôpital.

Aujourd'hui: face pâle, bouffie; air triste: à peine peut-on obtenir d'elle quelques paroles, rien ne peut l'égayer. Il existe un peu d'édème autour des malléoles; le ventre est un peu volumineux; le moindre mouvement produit de l'essoufflement; le côté gauche de la poitrine, dans sa moitié inférieure, est complètement mat; la respiration ne s'entend nullement dans toute l'étendue du thorax où il existe de la matité; la voix produit un peu de bronchophonie; la percussion ainsi que l'auscultation font reconnaître un léger épanchement séreux dans la plèvre du côté droit; il existe une petite toux sans expectoration.

Cœur. Matité dans l'étendue de quatre pouces à quatre pouces et demi de haut en bas, et trois pouces et demi en travers; le cœur présente un tumulte violent où il est impossible de rien distinguer; le pouls se ressent du tumulte du cœur: il est tellement précipité qu'on ne peut le compter. Gomm., sinap. jamb., dig. gr. j.

Le 25, la dose de la digitale a été portée jusqu'à quatre grains sans produire aucune amélioration. Gom., julep, sirop d'asperges, 1 once.

Le 28, le sirop d'asperges ne paraissant produire aucun effet, est suspendu; toujours même état de la malade. Gomme, tilleul, potion antisp.

Le 1er. octobre, digit. gr. j., carbonate de fer 8 gr. en 2 paquets, vésicatoire volant sur la région précordiale.

Le 10 octobre, la digitale a été portée à trois grains et le carbonate de fer à douze grains. Urines plus abondantes; le liquide contenu dans les plèvres a presque disparu, les palpitations sont toujours très-fortes; il est survenu un peu de douleurs dans l'abdomen. Julep avec eau de laurier-cerise, deux onces; suspension de la digitale et du carbonate de fer.

Le 13, huit sangsues au cœur.

Le 15, léger mieux. Pariétaire nitrée, julep digit. 1 gr.

Le 20, la dose de la digitale est de six grains, le rythme du cœur est devenu sensible; on entend très-distinctement les deux bruits et les deux silences sans aucun mélange de souffle.

Le 15 novembre, la petite malade va toujours de mieux en mieux; elle prend des alimens; l'auscultation du cœur fait entendre un léger bruit de souffle après le premier bruit.

Le 15 décembre, le bruit de souffle devient de plus en plus marqué. Cependant la petite fille va très-bien, elle se promène dans les salles, elle pense même à retourner chez elle.

Le 1er janvier 1833, à la suite d'un écart de régime et d'un peu de refroidissement, les palpitations ou plutôt le tumulte cordial se reproduisit, et il acquit en

quelques heures un degré d'intensité des plus violens. Il était à remarquer que pendant l'existence des mouvemens désordonnés du cœur, le bruit de souffle ne se faisait nullement percevoir. Une double pleurésie ainsi qu'une légère péritonite vinrent se joindre à la maladie du cœur, et hâta la mort de la malade, qui arriva le 7 du même mois.

Nécropsie. Le péritoine qui recouvre le diaphragme est recouvert de quelques fausses membranes; l'abdomen contient une assez grande quantité de sérosité; les deux plèvres sont pleines d'un liquide trouble : les poumons sont fortement affaissés; il existe une légère gastrite.

Cœur. Le péricarde est adhérent au cœur dans toute son étendue; les fausses membranes qui l'y unissent, épaisses à peu près d'une demi-ligne, ont très peu de consistance; le cœur a le volume de celui d'un sujet adulte; son tissu est résistant, un peu blanchâtre, et ses parois sont très-épaisses; toutes les valvules sont à l'état normal, excepté la valvule mitrale : celle-ci est presque entièrement cartilagineuse; ses bords sont érodés et présentent une altération assez semblable à la carie des cartilages.

(*La suite à un prochain numéro.*)

LANCETTE DU 7.

HOTEL-DIEU.

SERVICE DE M. BALLY.

AFFECTION RHUMATISMALE CHRONIQUE

Avec diminution de la sensibilité nerveuse dans le côté gauche; guérison complète par la galvano-puncture.

OBSERVATION RECUEILLIE

Par LANDOUZY, d'Épernay.

Louis Bornot, âgé de 48 ans, ancien militaire, marbrier d'une constitution robuste, d'un tempérament sanguin, éprouva pour la première fois, pendant la guerre d'Espagne, des douleurs rhumatismales à la suite de plusieurs nuits passées dans des fossés et sur un sol humide. Ces douleurs, très-vives d'abord, se calmèrent ensuite sans aucun traitement, au point qu'il pût, au bout de quelques jours, continuer les exercices militaires et faire la campagne de Russie; souvent alors, à la suite des fatigues nombreuses inséparables d'une telle expédition, il était pris de violentes courbatures qui laissaient toujours pendant quelque temps, après elles, cet état de rigidité des muscles qui ne se dissipe qu'avec lenteur.

En 1815, Bornot éprouva de nouveau, sans cause appréciable, tous les symptômes qui s'étaient manifestés à différentes époques de sa vie militaire, et bientôt des douleurs aux extrémités supérieures et inférieures, mais beaucoup plus vives aux jambes, annoncèrent une arthrite rhumatismale, pour laquelle le malade passa deux mois à la pitié. Le traitement, qui consista surtout en sudorifiques, en exutoires et en applications locales, n'ayant apporté aucune modification heureuse dans son état, on l'envoya à la Charité, où des bains de vapeur long-temps continués amenèrent une amélioration sensible. Les douleurs aux jambes ont disparu; celles de la région lombaire seules persistent presqu'aussi intenses; mais, habitué en quelque sorte à ces souffrances, le malade continue à se livrer aux travaux pénibles de son état jusqu'à l'hiver de 1833, époque à laquelle il est réduit à l'inaction la plus complète et obligé d'entrer à l'hôpital.

Le 6 juin 1833, Bornot est amené à l'Hôtel Dieu et couché au n° 42 de la salle Saint-Landry. Il ne peut se soutenir sans le secours de deux bras, et il lui est impossible de faire un pas sans se reposer. Les membres inférieurs gonflés sont le siége d'un fourmillement insupportable et de violentes douleurs, qui, passant rapidement d'un lieu à un autre, augmentent surtout aux changemens de température et à toutes les vicissitudes atmosphériques. Des maux de tête, des bourdonnemens fréquens le tourmentent aussi dans les temps orageux; mais, indépendans de l'affection rhumatismale dont ils n'ont pas les caractères, ils paraissent tenir à un coup de lance que le malade reçut en Russie, à la partie moyenne du pariétal droit.

Au moment de notre examen, l'articulation tibio-tarsienne gauche ne peut exécuter aucun mouvement, le talon seul pose à terre, et il est plutôt traîné que soulevé. Les orteils ne peuvent se mouvoir, tout le pied est comme frappé de paralysie, et déjà plusieurs fois le malade a voulu se faire amputer cette partie devenue inutile et gênante. Les articulations de l'une et l'autre épaule sont aussi le siége d'une grande rigidité et ne permettent que des mouvemens bornés et pénibles. Les bras sont également d'une faiblesse extrême. Il existe en outre dans les lombes une douleur profonde qui cause une sensation très-pénible au malade, surtout quand il veut se soulever.

Du reste, intégrité complète des fonctions digestives, pas de fièvre symptomatique, pas de phénomènes généraux; mais tous les symptômes qui caractérisent le rhumatisme chronique se montrent avec plus de force et d'intensité à gauche qu'à droite.

Tel est l'état dans lequel M. Bally trouva le malade à la visite du 7 juin. Le repos le plus absolu, des tisanes diaphorétiques, des bains tièdes furent d'abord prescrits. On eut recours ensuite aux bains de vapeur qui, dans une première affection de ce genre, avaient soulagé le malade, mais ils n'apportèrent aucun adoucissement aux douleurs, aucune modification à la difficulté des mouvemens.

M. Bally pensant que c'était là une de ces affections rebelles, provenant surtout de la funeste influence exercée sur le système nerveux par une basse température et des fatigues continuelles, maladies qu'on voit résister aux médications les plus énergiques, et sur lesquelles l'électricité produit quelquefois d'heureux effets (1), ordonna la galvano-puncture.

(7) Chez cet homme, l'affection rhumatismale compli-

Le 18 juin, au moyen de longues aiguilles d'acier enfoncées à peu près à un pouce et demi dans le tissu cellulaire, le courant galvanique fut dirigé du muscle deltoïde gauche à l'extrémité inférieure de la jambe du même côté. Le pôle négatif d'abord fixé au mollet, le fut le lendemain à l'épaule ; en effet, le courant d'électricité résineuse déterminant toujours des commotions plus vives que le courant d'électricité vitrée, faisait éprouver à la partie endolorie des secousses trop violentes. Peu à peu, Bornot s'habituant à ce genre de médication qui effraie toujours par sa singularité les malades des hôpitaux, les pôles zing et cuivre furent alternativement portés d'une partie à l'autre.

Le premier jour, vingt paires seulement furent employées ; le deuxième, 25 ; le troisième, le malade qui à son entrée à l'hôpital se plaignait de céphalalgie continuelle, accusa moins de douleur de tête et une liberté plus grande dans les mouvemens.

Le quatrième jour, les membres du côté gauche, c'est-à-dire le plus affecté, étant par l'action de la pile revenus au même état que ceux du côté droit, l'électro-puncture fut appliquée alternativement à l'un et à l'autre.

Le cinquième jour, au lieu de quarante paires, j'arrivai, en augmentant successivement, à les employer toutes, c'est-à-dire soixante, dont se compose la pile à auges.

Le sixième, le mieux est manifeste, et le malade qui, quinze jours auparavant, soutenu par deux personnes, pouvait à peine faire un pas, marche seul en se tenant aux lits.

Le huitième, à la visite, il traverse la salle sans aucun appui.

Le dixième, l'amélioration est si sensible, que M. Bally recommande de ne recourir à la galvano-puncture que tous les deux jours.

Ces manœuvres électriques qui duraient de cinq à dix minutes, furent répétées quatorze fois, cinq du côté droit, neuf du coté gauche.

Le 5 août, elles furent suspendues ; car alors, les articulations scapulo-humérales et tibio-tarsiennes avaient recouvré la liberté entière des mouvemens, et la région métatarso-phalangienne gauche dont le malade voulait se faire débarrasser, était tout-à-fait revenue à l'état normal. Enfin il ne restait aucune trace de la phlegmasie rhumatismale des membres pectoraux et pelviens. L'osphyalgie elle-même, qui déjà plusieurs fois avait résisté aux traitemens les plus énergiques, disparut après l'application de six ventouses sacrifiées et d'un vésicatoire.

Le 22 août, le malade quitte l'Hotel-Dieu parfaitement guéri. Ses mouvemens sont libres, sa démarche assurée. Il nous donne l'exemple d'un succès prompt et complet, qui est dû tout entier au galvanisme joint à l'acupuncture.

Déjà un grand nombre de faits rapportés par des hommes dignes de foi, ont constaté les heureux résultats de l'agent thérapeutique que nous signalons. Ainsi, 82 observations de Mauduyt sur l'électricité médicale, insérées dans les mémoires de la société royale de médecine ; avant lui celles de Jalabert, à Genève ; de Sauvages, à l'école de Montpellier, et plus récemment celles de MM. Girardin, Bretonneau, Cloquet, etc., ont mis hors de doute son efficacité dans certaines affections. Néanmoins, le peu de succès de quelques essais tentés peut-être avec prévention, ou faits avec négligence, et surtout, comme le dit Nysten, « La disproportion entre des espérances trop légèrement conçues et les tentatives infructueuses qui se sont succédées, firent abandonner ce moyen puissant, trop dédaigné, sans doute, parce qu'on l'avait trop vanté.

Le soin et la manière avec lesquels on pratique l'électrisation sous quelque forme qu'on l'emploie, doivent influer beaucoup sur l'issue du traitement, et le peu de succès résulte souvent d'une application trop longue et trop énergique ; ce qui détermine des accidens en produisant une excitation exagérée. Souvent aussi, abandonné avec trop de précipitation, ce moyen a été mal apprécié par des médecins timides et défians, dans l'esprit desquels la prévention équivaut quelquefois à la conviction.

Hallé, dans son rapport à l'Institut, prescrit de faire agir la pile pendant dix, vingt et rarement trente minutes, deux fois tout au plus en vingt-quatre heures, et surtout d'en continuer l'usage assez long-temps pour qu'on puisse en apprécier les effets.

---

quée d'anesthésie dans certaines parties, nous porte à croire que le cerveau et le cordon rachidien ou ses enveloppes n'étaient pas étrangers à la maladie ancienne des membres. Cependant, la lésion de ces derniers ne nous a jamais paru avoir son point de départ dans l'appareil céphalo rachidien. Mais d'après l'état du malade, l'on soupçonna dans le système nerveux un trouble particulier, lequel n'était que consécutif, nous le répétons, à l'abolition presque complète des mouvemens des membres, et même du sentiment dans quelques-uns d'entre eux.

Ce cas nous présente l'inverse de ce qui arrive dans toute paralysie qui est le plus ordinairement symptomatique d'une altération survenue dans le cerveau. Car le mal ne s'est pas irradié de cet appareil nerveux aux extrémités ; c'est au contraire sur cet appareil que l'influence morbide s'est concentrée plus tard. Cependant si la moelle et le cerveau nous ont paru émoussés ou légèrement troublés dans leur sensibilité, nous devons reconnaître qu'ils ne nous ont offert aucun signe d'une lésion palpable survenue dans la structure de leurs diverses parties.

Au surplus, c'est l'existence de cette complication particulière dans l'affection rhumatismale du malade, qui a fait penser qu'il serait avantageux d'essayer l'influence galvanique, par laquelle il est arrivé souvent de rendre à la moelle sa sensibilité perdue. L'on a dit qu'appliqué au rhumatisme seul, le galvanisme n'avait jamais produit de résultats décisifs. Dans le cas dont il s'agit ici, lequel ne se présente pas très-rarement, c'est parce que le rhumatisme des membres avait déterminé ses effets jusque vers les organes importans du cerveau et de la moelle, que l'on songea à l'attaquer par le traitement électrique.

H. Ripault.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOTEL-DIEU.

—

M. DUPUYTREN, PROFESSEUR.

—

CATARRHE

Chronique vésical survenu à la suite d'une maladie de la poitrine; emploi de la térébenthine de Venise; guérison.

La fréquence des affections catharrhales, dit M. Dupuytren; chez les vieillards, peut être attribuée avec assez de fondement à la sécheresse de la peau, qui est le plus souvent rugueuse à cette époque de la vie.

L'expérience prouve d'ailleurs qu'une multitude de causes aussi réelles et non moins redoutables que celles généralement connues, peuvent donner lieu à cette maladie, bien qu'il ne soit pas aussi facile de nous rendre compte de la manière dont elles agisssent: telles sont la disparition de certaines maladies cutanées, comme les dartres; une affection de poitrine. Chopart, dans son Traité des maladies des voies urinaires, rapporte plusieurs observations qui prouvent que le catarrhe vésical peut être le résultat d'une crise favorable par laquelle se termine une autre maladie.

Nous avons observé un exemple de terminaison de ce genre, chez un malade couché au n° 60 de la salle Sainte-Marthe.

Cet homme, qui porte le nom de Brance, est âgé de 36 ans, d'une constitution sèche et maigre, d'un tempérament bilieux. Il avait toujours joui d'une bonne santé jusqu'à l'âge de 25 ans, lorsqu'à la suite d'un assez long séjour (quatre mois) dans un endroit sombre et humide (il était en prison à l'Abbaye comme déserteur) il fut atteint d'une pneumonie qui le contraignit à se faire recevoir dans un hôpital. Il y fut traité par M. Chomel (à la Charité), et après trois mois de soins il sortit guéri de son affection de poitrine.

C'est alors qu'il fut pris d'une affection catarrhale de la vessie.

Il éprouva des douleurs vagues et transversales à l'abdomen, qui se fixèrent quelques jours après à l'épigastre. En même temps douleurs brûlantes dans toute l'étendue du canal de l'urètre, et particulièrement à l'extrémité du gland. Ses urines devinrent blanchâtres et filantes. L'exercice, le travail, le plus léger mouvement, augmentaient ses souffrances.

Le malade se mit lui-même à un traitement antiphlogistique. Eau de graine de lin, de gomme; bains.

Il entra à l'hospice de la rue de Babylone, où il parut se remettre de son affection de vessie. Il sortit, se livra bientôt à quelques excès de régime qui furent suivi d'une réapparition de catarrhe vésical. Il souffrait depuis plusieurs mois lorsqu'il entra à l'Hôtel Dieu, le 26 août dernier.

Il avait alors des douleurs profondes dans la région de la vessie; l'excrétion de l'urine, et surtout celle des dernières gouttes, était comparée par le malade à un fer chaud qu'on aurait introduit dans le canal de l'urètre; il lui semblait, a-t-il ajouté, que des gouttes de feu parcouraient l'espace qui existe entre l'anus et l'extrémité de la verge.

Les envies d'uriner, extrêmement fréquentes, ne lui laissaient de repos ni le jour ni la nuit. Le cathétérisme donna la conviction qu'il n'existait pas de pierre; mais on observait dans les urines un dépôt fort abondant de matières blanchâtres adhérentes au vase.

Le 28 août, on administra un demi-gros de térébenthine molle de Venise en pilules, et deux jours s'étaient à peine écoulés, que les urines étaient éclaircies, et que la quantité du dépôt purulent et muqueux avait notablement diminué. On a continué pendant neuf jours l'emploi de la térébenthine, dont la dose a été portée peu à peu de un, deux à quatre gros, et au bout de douze jours les urines étaient limpides, et n'offraient plus de dépôt purulent. Le malade aujourd'hui ne se plaint plus d'aucune douleur, et sortira guéri après demain.

Nous terminerons l'histoire de ce malade par quelques considérations sur le remède qui a amené sa guérison.

La térébenthine à l'intérieur agit-elle en portant l'excitation sur la membrane muqueuse intestinale, ou bien, en changeant le mode d'excitation de la muqueuse de la vessie, comme l'odeur remarquable qu'elle communique à l'urine paraît l'indiquer?

Dans l'administration de cette substance, on commence par un gros, et on l'augmente successivement. M. Husson en a donné jusqu'à vingt-trois gros par jour.

L'eau de goudron se prépare avec deux parties de goudron sur seize parties d'eau qu'on laisse digérer long-temps, avec le soin de remuer beaucoup.

La dose est d'une à deux livres par jour, seule au coupée avec une boisson émolliente, l'eau d'orge.

Si l'administration bien dirigée de la térébenthine ne procure pas toujours une guérison complète, elle est presque constamment suivie de la diminution des symptômes.

La susceptibilité variable des divers individus exige qu'on fractionne les doses de la térébenthine.

Cette méthode accoutume d'une manière presque insensible les membranes muqueuses au stimulus de la térébenthine, et fait éviter les accidens que cette substance détermine lorsqu'elle est donnée par saccades.

Sous le rapport de l'influence qu'elle exerce sur la guérison du catarrhe de la vessie, l'action (ainsi que nous l'avons déjà avancé) de la térébenthine nous paraît évidemment dérivative.

L'odeur de violette et la limpidité que l'emploi de cette substance donne aux urines, sont, dit M. Dupuytren, des phénomènes dont le premier nous paraît inexplicable, tandis que l'autre est le résultat de la modification apportée par la térébenthine dans l'état des cryptes muqueux, organes sécréteurs de la ma-

tière muqueuse ou puriforme qui accompagne le catarrhe de la vessie.

LANCETTE DU 10

HOTEL-DIEU.

—

RÉSUMÉ

DE LA CLINIQUE DE M. LE PROFESSEUR CHOMEL.

(Suite et fin.)

Rhumatisme.

Le nombre des malades atteints de rhumatisme a été 18. Quatorze de ces cas seulement ont été analysés. Sur ce dernier nombre se trouvaient dix hommes et quatre femmes. La plupart de ces malades exerçaient des professions qui les exposaient à des variations brusques de température, et qui nécessitaient chez quelques-uns des efforts violens. L'hérédité a été constatée dans cinq cas sur 10. Pour les autres malades les renseignemens ont manqué. Sept rhumatismes ont été observés pendant l'hiver, et sept pendant l'été. Dans neuf cas la maladie a débuté par les articulations des membres inférieurs, dans trois cas par celles des membres supérieurs. Dans deux cas, les articulations des membres supérieurs et inférieurs ont été simultanément affectées. Les rhumatismes accompagnés de fièvre ont duré ving-trois jours au moins, et cinquante jours au plus. Les rhumatismes sans fièvre ont duré de huit à treize jours.

Dans un cas où plusieurs articulations se trouvaient simultanément affectées, et qui avait résisté aux émissions sanguines, on se proposait d'employer la teinture de colchique. Mais le jour où cette préparation devait être administrée, tout disparut comme par enchantement. Si la teinture de colchique eût été prise par le malade, on n'eut pas manqué de lui attribuer la guérison. Nous signalons ce fait dans le but de prouver qu'on ne doit jamais, en thérapeutique, se hâter de conclure d'un petit nombre de faits.

La teinture de colchique a été beaucoup vantée par les médecins anglais dans le traitement du rhumatisme. Ils l'ont employée à des doses assez considérables. Il est bon de savoir que la teinture préparée par les pharmaciens anglais contient quatre fois plus de colchique que celle qui sort des officines françaises. Cette préparation a été administrée à un malade à la dose d'un demi-gros d'abord; on l'a portée ensuite à la dose de deux gros. Mais alors des signes d'irritation gastro-intestinale se sont manifestés; il est survenu de la diarrhée et des vomissemens qui n'ont pas agi, du reste, au bénéfice de l'affection rhumatismale. On a suspendu l'emploi de la teinture, et ce n'est que quinze jours après que la maladie a commencé à s'amender.

Chez une femme, un grand nombre d'articulations étaient le siége de vives douleurs, sans chaleur, ni gonflement. La maladie a cédé promptement à l'usage des délayans et des opiacés.

Une autre malade présenta une névralgie faciale qui affectait tantôt le côté droit, et tantôt le côté gauche; cette affection nous parut dépendre d'un vice rhumatismal.

Phthisie pulmonaire.

Des vingt-cinq phthisiques admis, onze ont succombé. Quelques-uns ont présenté des phénomènes extraordinaires. Un de ces malades entra à l'hôpital affirmant qu'il n'avait jamais toussé; la toux fut très-légère pendant son séjour à l'hôpital, il ne présenta d'autres symptômes qu'un dépérissement progressif et une diarrhée qui revenait par intervalles. Il succomba, et à l'ouverture, on trouva une péritonite tuberculeuse, et de nombreux tubercules dans le poumon. Un jeune nègre portait une phthisie simulant une pleurésie avec épanchement et perforation de la plèvre.

Un homme âgé de 55 ans rendait chaque jour une très-grande quantité de crachats noirs ou d'un gris ardoisé sans odeur. M. Chomel soupçonna, d'après l'expectoration, une phthisie mélanée. Le malade succomba, et la nécropsie confirma le diagnostic. Le poumon était farci de matière mélanique, il y avait en même temps des tubercules. M. Chomel a beaucoup insisté sur le signe fourni par l'expectoration, qui peut être d'un grand secours pour le diagnostic des affections de ce genre.

Anévrisme du cœur; chlorose simulant une lésion organique du cœur; guérison par les toniques.

Parmi les malades présentant des signes d'une lésion organique du cœur, quelques-uns ont offert quelques circonstances remarquables. Une femme a été plusieurs fois affectée d'hémoptysie; elle a succombé, on a trouvé de nombreuses altérations des cavités et des orifices du cœur; il n'y avait dans le poumon aucun tubercule. Comme l'hémoptysie est souvent symptômatique d'une affection tuberculeuse du poumon, il est important de noter les cas où le poumon étant sain, des hémoptysies répétées ont lieu. Un autre malade a offert une dyspnée intense, et une irrégularité remarquable du pouls; tous ces accidens ont disparu sous l'influence de la digitale; et le malade a quitté l'hôpital dans un état de santé assez satisfaisant. Le fait le plus remarquable est relatif à une jeune fille qui, après une suppression de l'écoulement menstruel, fut prise de palpitations violentes, de douleur précordiale, de dyspnée et d'œdème des membres inférieurs. Le pouls était en outre très-irrégulier, l'auscultation du cœur faisait entendre un bruit de soufflet très-manifeste. Tout portait dans ce cas à soupçonner une lésion organique de l'organe central de la circulation. Mais la face et tout le reste de la peau présentaient une pâleur remarquable. Le cœur n'offrait pas d'impulsion, il n'y avait point dans la région précordiale de matité anormale. Nous ne tardâmes pas à nous apercevoir que le trouble de la circulation était

dû à une altération du sang, ou si l'on aime mieux, à la chlorose. On fit usage des préparations ferrugineuses. On accorda des alimens substantiels; la malade reprit de l'embonpoint et des forces. On favorisa l'écoulement menstruel, qui se rétablit, et tout rentra dans l'ordre. Les cas de ce genre sont assez fréquens. On doit bien se garder ici de prodiguer les antiphlogistiques, qui ne manqueraient pas d'aggraver les accidens.

Ictère.

Douze malades ont été affectés d'ictère. Deux seulement ont offert des signes d'irritation gastro-duodénale. Dans six cas, le foie a été le siége d'une douleur assez marquée. Tous les malades sont sortis guéris. Quelques-uns conservaient encore à leur sortie de l'hôpital, des traces de la teinte ictérique. Mais ce phénomène était alors plutôt la trace d'une maladie passée, que le témoignage d'une affection présente.

Hydropisie ascite.

De six malades qui ont présenté les signes de cette affection, quatre sont morts. Ils portaient tous des lésions organiques du foie.

HOPITAL BEAUJON.

—

OBSERVATIONS DE MALADIES DU COEUR,

Par M. Filhos,

(Suite et fin.)

CINQUIÈME OBSERVATION.

Dilatation des cavités du cœur; bruit de souffle après le premier bruit; altération de la valvule mitrale; son auriculo-métallique.

Marie Houdoux, âgée de 36 ans, femme de chambre, est entrée à l'hôpital Beaujon, le 3 décembre 1832. Depuis l'âge de 10 à 12 ans, elle est sujette à des palpitations; aussi, jeune, elle avait déjà, dit-elle, éprouvé de violens chagrins, et elle attribuait à cette cause l'origine de la maladie dont elle a été tourmentée toute sa vie; mais il est peut-être plus rationnel de la considérer comme le résultat d'une forte incurvation de la colonne épinière. Les palpitations ne furent nullement modifiées par l'arrivée des règles, leur marche a toujours été progressive. Vers l'âge de 18 ans, ayant bu par mégarde une forte décoction de feuilles de belladonne, elle fut assez heureuse pour échapper aux accidens qui se montrèrent. Après cet empoisonnement, la malade vit disparaître ses palpitations, et elle jouit pendant plusieurs mois d'un état parfait de santé; mais des circonstances tout-à-fait inconnues renouvelèrent l'affection cordiale, et dès ce moment elle n'a pas cessé de faire des progrès.

Elle est accouchée très-heureusement, depuis trois mois, de son second enfant, mais elle se reproche d'avoir voulu reprendre trop tôt ses occupations, et surtout d'avoir passé une grande partie des nuits sans dormir. Quelle que soit la cause de l'accroissement de l'affection cordiale, toujours est-il qu'en très-peu de jours la malade a été obligée de suspendre son travail.

Aujourd'hui la face est pâle, bouffie; les pommettes et surtout les lèvres sont livides; les jambes et les mains sont gonflées; la parole est brève, essoufflée; l'orthopnée est grande; la langue est violacée; le ventre est sans douleur; la soif et l'appétit sont nuls; les urines sont naturelles; les poumons paraissent sains; depuis fort long-temps la malade est sujette à une petite toux qui ne produit pas d'expectoration,

Cœur. Matité dans l'étendue de cinq à six travers de doigt de haut en bas, et presqu'autant en travers; le point du thorax où elle est perçue commence à l'union des vraies côtes gauches avec leurs cartilages, et s'étend assez loin dans le côté droit de la poitrine; de plus, les battemens du cœur, qui sont assez énergiques, se perçoivent beaucoup mieux du côté droit du thorax que dans le lieu où on a l'habitude de les trouver. Du reste, ce changement de lieu qu'ont éprouvé, relativement aux parois de la poitrine, les phénomènes sensibles du cœur, et la conséquence nécessaire de l'incurvation de la colonne épinière. Le premier bruit du cœur, d'ailleurs très-sensible, est suivi d'un bruit de souffle bien manifeste, mais pas très-fort, qui se prolonge pendant tout le premier silence. Ce premier bruit coexiste avec le son auriculo-métallique. Le second bruit ainsi que le second silence n'offrent rien d'anormal. (Tilleul orang. éd.; pastill. d'ipéc. n° 2; sinap. jambes. Verm.)

Le 11 décembre, le ventre commence à s'enfler, et le bras gauche à s'édématier; urines comme à l'ordinaire; pas de selles; pouls à 96 pulsations. (Même prescription; plus, julep sirop d'asperges une once.)

Le 14, l'ascite augmente; les urines ne sont pas plus abondantes; même état du pouls; l'étouffement est moins considérable. (Même prescription.)

Le 21, l'ascite augmente à vue d'œil; l'anasarque fait des progrès; l'orthopnée devient de plus en plus pénible. (Julep sirop d'asperges 2 onces.)

Le 23, urines plus abondantes, un peu sédimenteuses; légère diminution de l'œdème de la figure et du bras droit. (Julep sirop d'asperges 3 onces.)

Le 28, un amendement notable avait été obtenu tant sous le rapport du bien-être général que sous celui de la diminution de l'infiltration séreuse. Aujourd'hui tout ce mieux disparaît. De jour en jour les symptômes vont en augmentant, et la malade a succombé le 5 janvier 1833, à huit heures du matin.

Nécropsie. L'abdomen contient une assez grande quantité de sérosité; la plèvre ainsi que la péricarde en sont dépourvus; les poumons sont sains.

Cœur. Il est volumineux; ses cavités droites sont très-dilatées; leurs parois ne sont ni amincies, ni hypertrophiées. Même phénomène pathologique pour le côté

gauche du cœur; la dilatation est cependant beaucoup moins prononcée; les valvules sigmoïdes droites sont à l'état normal; celles de l'aorte présentent sur la surface ventriculaire de petites végétations de la grandeur de la tête d'une grosse épingle; elles n'offrent d'ailleurs aucune autre altération, et elles sont parfaitement libres; la valvuve tricuspide est saine; la valvuve mitrale présente un de ses côtés presque complètement ossifié et même un peu déformé.

SIXIÈME OBSERVATION.

Hypertrophie du cœur; maladie de la valvule mitrale; souffle apres le premier bruit; dilatation du ventricule gauche; son articulo-métallique.

Hyppolite Bucourt, âgé de quarante-huit ans, maréchal, d'une taille élevée, d'une forte constitution, est entré à l'hôpital Beaujon le 28 novembre 1832. Ce malade est presque à l'agonie. A peine puis-je obtenir les renseignemens suivans :

Il y a à peu près six ans qu'il a commencé à être atteint de palpitations. L'affection du cœur s'est développée sans cause bien appréciable, et elle a graduellement fait des progrès. Peu à peu les jambes se sont gonflées, et le péritoine s'est rempli de sérosité. Le malade n'a jamais voulu discontinuer de travailler.

Aujourd'hui, les symptômes généraux sont alarmans. Toute la surface du corps est d'une couleur violacée. La face surtout indique une turgescence sanguine des plus fortes. La langue est presque noire. Les poumons sont on ne peut plus engoués. Les crachats sont sanguinolens.

Cœur. La percussion du cœur fait retrouver de la matité dans une grande étendue. Le mouvement de contraction du cœur donne lieu à une impulsion large et peu forte sur les parois du thorax. Le bruit qui l'accompagne, ou le premier bruit, est accompagné de souffle. Le second bruit ainsi que le second silence sont à l'état normal. Son auriculo-métallique accompagnant le second bruit. Le pouls est régulier ainsi que les battemens du cœur. Mort à sept heures du matin.

Nécropsie. Les poumons ainsi que tous les organes sont gorgés de sang.

Cœur. Volumineux, gorgé de sang. Le ventricule droit est fortement hypertrophié; sa cavité est à peu près naturelle, et ses valvules sont à l'état normal. Le ventricule gauche est aussi le siége d'une hypertrophie considérable; sa cavité est un peu plus large que celle du ventricule droit. Les valvules sigmoïdes sont saines. La valvule mitrale présente de l'endurcissement et une ossification à la base de l'un de ses côtés.

SEPTIÈME OBSERVATION.

Hypertrophie excentrique et concentrique du cœur.

Jean Granger, âgé de trente-huit ans, journalier, d'une taille élevée, d'une forte constitution, et paraissant actuellement d'un tempérament lymphatique, est entré à l'hôpital Beaujon le 13 février 1833. Ce malade est resté dix ans au service de la marine française comme canonnier; et malgré beaucoup de traverses et de fatigues, malgré deux atteintes très-fortes de fièvre jaune, pendant son séjour à la Guadeloupe, il avait été assez heureux pour conserver une bonne santé. Depuis son enfance, Granger avait été sujet à de fréquens saignemens du nez, qui n'ont diminué et disparu peu à peu que depuis sa sortie du service. A cette même époque, il contracta une blennorhagie, la seule maladie vénérienne qu'il ait eue et contre laquelle il ne fit pas de traitement mercuriel. Ce fut vers la fin de cet écoulement, et alors que les saignemens du nez avaient presque disparu que des battemens de cœur commencèrent à se faire sentir. Ils ont d'abord été peu incommodes, et leurs progrès à peine sensibles; mais à la suite d'une chute d'un lieu un peu élevé, l'affection cordiale prit un tel degré d'intensité, qu'en très-peu de temps le malade se vit obligé de suspendre toute sorte de travail.

Aujourd'hui son état est alarmant. L'anasarque et l'ascite ont fait de grands progrès, la figure, les pommettes, les lèvres surtout sont violacées; l'œil est abattu; le parler pénible, essoufflé, et donnant lieu au renouvellement de la toux : celle-ci fatigue assez le malade; les crachats sont épais et muqueux; la respiration est très-pénible; le sommeil est très-agité : il est souvent accompagné de cris plaintifs. Langue violette, humide; selles naturelles, urines rares; pas d'appétit. Matité dans la partie inférieure des deux poumons; peu de dilatation vésiculaire dans le même point.

Cœur. Matité dans l'étendue de cinq pouces de haut en bas, et quatre pouces à quatre pouces et demi en travers. Le mouvement d'impulsion du cœur ébranle tout le tronc, mais surtout les parois thoraciques, le choc s'effectue sur une base large. Les bruits du cœur sont très-difficiles à percevoir, tant ils sont sourds, profonds, et tant la respiration est bruyante dans la région précordiale. Ces bruits se distinguent aussi bien, et même mieux, derrière le sternum et les cartilages des fausses côtes droites que dans la région gauche du thorax : ils existent sans aucun mélange de souffle. Les mouvemens du cœur sont précipités; le pouls est régulier, peu fort, et il donne 100 pulsations par minute.

Tel était l'état du malade à son entrée. On a cherché à lui opposer quelques légers diurétiques, quelques sédatifs des battemens de cœur, quelques révulsifs sur le canal intestinal, des évacuations sanguines, et le tout en pure perte. Il a succombé le 28 du même mois.

Nécropsie. Il existe de la sérosité dans le péritoine et dans les plèvres. Les poumons, surtout le droit, présentent, dans une assez grande étendue, de l'hépatisation rouge passant au gris.

Cœur, on ne peut plus volumineux; ses parois sont fortement hypertrophiées, celles du ventricule gauche surtout; la cavité de ce ventricule est très-rétrécie; celle du ventricule droit, quoique plus large que la précédente, et de beaucoup au-dessous de ses dimensions naturelles; toutes les valvules sont parfaitement intactes; le péricarde ne contient pas de sérosité.

HUITIÈME OBSERVATION.

Victoire Pousset, âgée de 25 ans, domestique, d'un tempérament nerveux-sanguin, est entrée à l'hôpital Beaujon le 10 mars 1832. Cette malade est sujette, depuis l'âge de douze ans, à des battemens du cœur dont elle ignore la cause. Les palpitations devenaient de temps en temps très-incommodes, et constituaient parfois un véritable état maladif grave ; c'est ce qui a lieu actuellement depuis environ trois mois. Quatre-vingts sangsues ont été appliquées, des potions calmantes prescrites, et la malade n'a pas cessé un seul jour de prendre la teinture de digitale, en augmentant graduellement la dose jusqu'à trente-trois gouttes. Tous ces moyens ont échoué.

Aujourd'hui, figure rouge, injectée ; œil vif; oppression vive, palpitations des plus fortes: anxiété très-pénible. Elle ne sait quelle position prendre ; elle s'agite continuellement ; elle craint d'étouffer. Pouls fort, vif; céphalalgie intense. Les poumons sont sains ; langue très-rouge ; pas de douleurs dans l'abdomen. Le cœur ne paraît avoir que ses dimensions naturelles. (Saignée ; tilleul orang. éd. ; potion antispasm)

Le 11, mieux sensible. (Chiend., sirop de groseilles; pilules avec assa fœtida et extrait de valériane, dix grains de chaque.)

Le 14, les palpitations sont toujours très-fortes; elles n'éprouvent plus d'amendement. (Même prescription ; plus julep, teinture éthérée de digitale gouttes xx.)

Le 16, pas de mieux. On remplace la digitale, que la malade employait sans succès depuis trois mois, par le sirop d'asperges, à la dose d'une once.

Le 19, mieux sensible. (Julep sirop d'asperges 1 once.)

Le 26, les palpitations ont complètement disparu, et la malade est sortie guérie le 8 avril.

LANCETTE DU 10.

FAIT SINGULIER

D'EMPALEMENT PAR LES VOIES SEXUELLES,

Avec déchirure du vagin et du péritoine, assimilable à celui que Marchettis rencontra dans sa pratique ;

Par M. Rey,

Chirurgien chef interne de l'hôpital de Saint-André de Bordeaux avec planche (1).

La nommée Thérèse Mathieu, jeune personne de 19 ans, native de Fousseret (Haute Garonne), bien constituée, mais d'une petite taille, tomba sur la pointe d'un instrument. De cet accident résultat un empalement, qui, pour la difficulté des manœuvres propres à opérer l'extraction, a un grand nombre rapport avec la maligne plaisanterie qu'on exerça sur une femme publique en lui introduisant une queue de cochon dans l'anus.

Voici par quel mécanisme s'opéra le traumatisme violent qui fait le sujet de l'observation que je rapporte. Le crochet était implanté dans un monceau de foin par une extrémité, la jeune personne qui était au haut du foinier voulut en descendre, en se laissant glisser sur ses fesses. L'élan étant pris, et un court espace étant parcouru, la pointe se trouve en rapport avec la vulve, y pénétre, pendant que la queue de l'instrument arc-boutait contre l'inégalité du sol. La glissade se continuant, le vagin et le péritoine sont déchirés, et l'instrument pénètre dans l'abdomen de quatre à cinq pouces. Malgré tout ce que cette situation avait d'horrible, la jeune personne conserva toujours ses facultés intellectuelles. Elle raconte que, pour éviter d'être embrochée par l'instrument, elle a changé la direction de la chute, en se laissant tomber sur son côté droit. Avant d'appeler des secours, elle chercha à arracher le corps étranger. Des douleurs intolérables l'empêchèrent de continuer ses efforts. Des matrones accoururent, firent de fortes tractions sur le manche, et implantèrent la pointe recourbée dans les parties molles du petit bassin.

M. le docteur Besse fit des efforts mieux entendus, mais qui furent aussi sans résultat. L'accident venait de se passer à quatre heures du matin (13 août 1832) ; je fus appelé à cinq heures. Voici dans quel état je trouvai la malade : Elle était couchée en supination ; sa tête touchait un des murs du galetas; à sa gauche était le foinier; à droite une ouverture du plancher qui servait d'entrée : une longue tige de bois sortait de la vulve et dépassait beaucoup ses pieds.

Par une sorte de fatalité, les difficultés insurmontables paraissaient s'être réunies pour rendre impraticable toute tentative d'extraction.

Pour faciliter les manœuvres, je charbonnai avec le fer incandescent le manche du crochet, à quelques pouces de la vulve. Je pus, dès lors, faire transporter la malade dans son lit. Je me disposais à opérer, quand le médecin ordinaire vint s'y opposer formellement, alléguant qu'une tâche aussi pénible ne pouvait être remplie que par un praticien consommé. Le docteur Benaben, un de mes bons amis, fut appelé huit jours après l'accident. J'avais obtenu qu'en attendant son arrivée on plaçât la malade dans un bain tiède. Quoique les douleurs eussent cessé d'être aussi violentes que celles qui suivirent la blessure, les traits de la face commençaient à se gripper, les yeux s'enfonçaient dans l'orbite, les lèvres et les aîles du nez se resserraient et se couvraient d'une teinte plombée, le pouls s'anihilait, etc.

A la sollicitation du docteur Benaben, je me chargeai de l'extraction.

Voici le diagnostic que j'établis, et sa mise en rapport avec les divers modes opératoires que je proposai aux deux consultans.

On m'avait donné une idée de la configuration de l'instrument. J'explorai les parties, et je conclus à ce

(1) Nous n'avons pas reçu cette planche avec le numéro de la Lancette ; nous la publierons dans le volume suivant.

que l'extrémité *A* occupait le gauche du droit supérieur du bassin, tandis que la pointe *D* était en rapport avec le plexus sacré et les insertions du pyramidal de gauche. *C* touchait la paroi postérieure de la vessie ; *F* était en rapport avec la fourchette et regardait à gauche. Une déchirure oblique du vagin et située à gauche du museau de tanche avait donné accès à l'instrument.

Le crochet à gaine de Levret m'avait donné l'idée de porter un tube de roseau à la rencontre de la pointe pour éviter de nouvelles déchirures. L'opération fut impraticable par ce moyen, à cause de l'étroitesse du vagin et du volume du corps qui y était déjà contenu. Je voulus faire usage d'un gorgeret, mais je dus y renoncer pour le même motif. Ayant pris le parti de ne plus me servir que de mes mains, mes efforts devinrent très-fatigans pour la malade et pour moi. Je soulevais légèrement de ma main gauche la manche de l'instrument pour dégager la pointe, pendant qu'avec l'index demi fléchi de la droite j'accrochais l'angle inférieur de la déchirure adjacente au cintre. Dès lors je fus contraint de lâcher prise par la résistance des tissus qui avait paralysé mon doigt.

Enfin, me rappelant les préceptes des accoucheurs, je songeai à mettre en rapport le plus grand diamètre de l'instrument avec le plus grand diamètre de l'excavation pelvienne. Pour cela j'imprimai au corps étranger un quart de cercle de rotation qui porta la pointe derrière le pubis de la vessie ; mon index, appuyé sur ce crochet, préservait les tissus de toute fâcheuse atteinte. La dernière difficulté qui restait à surmonter, était l'abaissement de cette pointe sous l'arcade des pubis. J'y parvins en faisant peser fortement sur le point au-dessous du crochet, dans le but de déprimer la commissure postérieure des grandes lèvres, dès lors l'extraction fut terminée. Dès ce moment la malade fut tenue à une diète sévère ; je ne permis les boissons que lorsque j'eus acquis la preuve que l'intestin n'était pas déchiré.

L'application des sangsues à l'hypogastre fut alternée avec les saignées générales durant la première semaine. Plus tard, ces émissions sanguines se succédèrent à plusieurs jours d'intervalle. Des bains généraux, des topiques émolliens à l'hypogastre et à l'orifice du vagin furent mis en usage sans interruption.

Le vagin a été constamment exempt d'écoulement puriforme ; cependant des injections émollientes y ont été faites avec la seringue à arrosoir seulement vers le huitième jour de l'accident.

On pouvait déjà conclure de l'absence de toute douleur, que les lèvres de la plaie s'étaient réunies immédiatement.

Vers le 15 septembre, 32e jour de l'accident, la malade était totalement guérie et se livrait aux travaux de la campagne.

La varicèle est survenue vers le 15e jour. Cette maladie était alors épidémique.

Aucun autre accident n'ayant interrompu un retour si prompt à la santé, j'en conclus :

1° Que le péritoine et le vagin ont été lacérés, sans que les gros vaisseaux, les intestins ou les nerfs du plexus aient subi d'atteinte ;

2° Que, par l'élasticité des tissus et le décubitus constant en supination, les lèvres de la division se sont trouvées dans leurs rapports naturels et se sont réunies immédiatement : ici le ressort des parties molles et le repos ont tenu lieu de suture et d'appareil.

3° Enfin, que la diète, les saignées abondantes, les émolliens, ont peut-être concouru à la guérison de la péritonite.

LANCETTE DU 14.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOTEL-DIEU.

M. DUPUYTREN, PROFESSEUR.

ATROPHIE.

DES BRANCHES ANTÉRIEURES DE LA MOELLE ÉPINIÈRE ;

Paralysie générale du mouvement, mais non de la sensibilité ; traitement ; considérations pratiques. Hémiplégie guérie par une forte commotion électrique.

La paralysie, dit M. Dupuytren, est une des maladies les plus longues et les plus difficiles à guérir ; elle est aussi une de celles pour le traitement desquelles on a proposé et employé le plus grand nombre de moyens, trop souvent sans succès.

Deux propriétés sont principalement affectées dans cette maladie, la sensibilité et la contractilité animales.

On a donc admis en médecine deux genres de paralysie dont l'existence, dans une ou plusieurs parties de l'économie, exige nécessairement une lésion dans le système nerveux et musculaire.

Ces deux genres de paralysie sont les suivans :

1° La paralysie nerveuse, qui dépend d'une affection ou lésion, soit physique, soit organique ou vitale du système nerveux.

2° La paralysie musculaire qui dépend d'un état particulier des muscles, qui ne leur permet plus de recevoir l'influence nerveuse, et qui, quoique tous indispensablement soumis dans leur action particulière aux conditions ci-dessus rapportées, ne sont cependant pas tous également susceptibles d'être attaqués de paralysie.

C'est le phénomène que nous avons occasion d'observer en ce moment chez un jeune malade couché au n° 46 de la salle Sainte-Marthe. Chez lui, les muscles intercostaux, le diaphragme, sont restés dans leur état naturel, tandis que la plupart des autres muscles du corps sont restés paralysés. La limite de la maladie est chez cet homme, assez remarquable ; les muscles de la face et les sens ne partagent pas l'état de paralysie avec les autres muscles volontaires du corps. Le peu d'altération de sa voix ferait penser que les branches ner-

veuses qui vont porter l'incitation aux muscles du larynx ne participent point à la maladie.

Ce jeune homme, à peine âgé de 20 ans, a l'apparence d'une bonne constitution; son visage offre même tous les signes de la santé.

Si on s'approche de son lit et qu'on le découvre, on s'aperçoit alors que ses membres supérieurs sont dans un état d'atrophie presque complet; quoiqu'ils n'aient pas perdu leur sensibilité, ils sont privés de leurs facultés motrices. Le jeune homme accuse deux ans de maladie, et ne saurait lui assigner aucune cause précise (1).

Il dit que son état (il est relieur) le forçait à travailler dans des lieux bas et humides, et qu'au moment où il fut atteint et frappé de cette maladie comme d'un coup de foudre, il se trouva privé de tous ses mouvemens.

La tête, lors de cette première attaque, participait au désordre et tombait dans tous les sens; ce n'est que depuis quelque temps qu'elle a repris la liberté de ses mouvemens et la force de se soutenir. Les fonctions générales furent suspendues pendant les quatre jours qui suivirent cette attaque, au bout desquels elles devinrent libres.

Depuis deux ans son état de paralysie a augmenté et diminué alternativement, et dans ce moment elle n'est pas égale des deux côtés, et il peut déplacer son bras gauche, le retirer de dessous les couvertures et le ramener au-dessus; les membres du côté droit sont privés de tout mouvement, et sont plus atrophiés que ceux du côté opposé.

La maladie remonte jusqu'aux vertèbres cervicales, et il suffirait, pour que ce jeune homme cessât de vivre, que la paralysie remontât à un pouce plus haut, et qu'elle atteignît les nerfs diaphragmatiques. Il périrait inévitablement alors par asphyxie.

Chez lui, ainsi que nous l'avons dit, le diaphragme prend la plus grande part à la respiration; l'inspiration met également en mouvement tous les viscères de l'abdomen.

Il a été soumis à divers traitemens : en premier lieu, on employa chez lui les antiphlogistiques généraux, les saignées locales et générales; on fit suivre ces premiers moyens de frictions stimulantes avec l'alcool camphré. Enfin, pendant six mois il lui fut donné des bols de noix vomique. Il commença par en prendre un, et alla jusqu'à dix-huit par jour. Tous ces moyens furent sans résultat.

Il est entré à l'hôpital dans l'état que nous avons décrit plus haut, c'est-à-dire presque entièrement paralysé. Dans ces circonstances, que pouvions-nous faire pour tenter la guérison de ce malade, s'est demandé le professeur?

En remontant à la cause, peut-on penser que les manœuvres du malade, cette rage de masturbation dont il fut possédé pendant un an, ait pu déterminer une myelite, ou inflammation de la moelle, et par suite l'atrophie de ses branches antérieures?

Dans le doute où nous sommes, nous agirons par la méthode la plus régulière. Les dérivatifs et les excitans de la sensibilité organique seront mis en usage, parce que, dans la plupart des cas, leur action a été des plus favorables.

C'est ainsi qu'à l'extérieur *les moxas* (2) appliqués sur les côtés de la colonne vertébrale, à l'intérieur *les purgatifs* plus ou moins énergiques, les lavemens légèrement irritans pourront être d'un grand secours.

Employés dans cette maladie, ces moyens presque toujours indispensables préparent l'économie à recevoir des impressions nouvelles, qui toutes ont pour but une stimulation plus intime portée sur le système nerveux et la sensibilité organique, soit directement, soit d'une manière indirecte.

C'est lorsque les premiers phénomènes de la maladie ont cessé d'être, lorsque après une longue durée de la cause qui agit, l'économie impressionnée dans une de ses parties les plus délicates, tend à reprendre, par une marche insensible et lente, l'état qu'elle avait d'abord. c'est alors qu'une commotion énergique imprimée à toute la machine, aide la nature et hâte la guérison.

L'électricité, administrée par commotions très-fortes, a obtenu plusieurs cures fort remarquables; nous nous contenterons d'en citer une ici.

— Un paysan breton, âgé de 42 ans, d'une très-forte constitution, qui était en sueur, se reposa sous un arbre où il s'endormit profondément pendant plusieurs heures.

Quand il se réveilla, il ne put regagner son logis, où on fut obligé de le transporter : il était devenu hémiplégique du côté gauche.

Un médecin du pays, appelé le lendemain, constata la perte du mouvement et du sentiment dans le côté affecté.

Pendant deux mois consécutifs, *les frictions sèches et irritantes, les ventouses, les vésicatoires, les sinapismes, le séton;* et à l'intérieur, *les boissons sudorifiques et excitantes* furent employés sans amener aucune amélioration.

A cette époque, le médecin se procura une machine électrique, avec laquelle il électrisa son malade pendant un mois, mais toujours sans succès.

Enfin, voyant l'inutilité de ces moyens, il déclara à la famille qu'il restait peu d'espoir de guérison; que cependant, si les parens voulaient le permettre, il ferait une dernière tentative dont, à la vérité, on pouvait retirer de l'avantage, mais qui présentait aussi de graves dangers.

Sur l'approbation des parens, le médecin chargea une batterie électrique, et donna au paysan une telle commotion que celui-ci alla tomber à quelques pas de distance.

Le paysan, croyant qu'on avait voulu se défaire de lui, se releva furieux, courut sur le médecin, qu'il aurait probablement très-maltraité, si les assistans ne s'y étaient opposé.

Cependant sa colère se dissipa, et tout le monde

(1) Il a avoué il y a deux jours s'être adonné avec violence à la masturbation.

(2) Un de ces moxas a été placé au niveau de la région cervicale, et n'a rien produit.

remarqua, avec le plus grand étonnement, qu'il était complètement guéri de sa paralysie.

Nous souhaiterions vivement le même bonheur au jeune malade couché salle Sainte-Marthe, sans oser conseiller un pareil moyen.

Quoi qu'il en soit, si le résultat n'est pas mortel, et que sa maladie se termine d'une manière graduelle, nous aurons soin d'observer l'échelle gradative de la susceptibilité des muscles pour recevoir l'influence cérébrale, et des nerfs pour la propager.

CLINIQUE CHIRURGICALE

DE L'HOPITAL SAINT-ANDRÉ DE BORDEAUX.

—

Service de M. Moulinié, *chirurgien en chef-adjoint.*

—

OPÉRATION

D'ANÉVRISME DE L'ARTÈRE FÉMORALE.

Pierre Bonnefon, âgé de 49 ans, marin, de Saint-Jean en Médoc, portait depuis environ deux ans une tumeur à la moitié inférieure de la cuisse. Elle s'était développée sans cause connue d'une manière progressive, et avait acquis un volume prodigieux. La marche étant devenue absolument impossible à cause du volume énorme du membre, le malade se fit transporter à l'hôpital.

Les diamètres de la tumeur étaient fort étendus; presque les deux tiers inférieurs de la longueur de la cuisse et les deux tiers de sa circonférence étaient envahis. Des douleurs violentes se faisaient ressentir; la peau était tendue, rouge, luisante; des mouvemens *diastaltiques*, largement étendus, frappaient tellement les regards que l'exercice du tact ou de l'ouïe devenait superflu pour fixer le diagnostic sur l'existence d'un anévrisme.

Le centre de la tumeur correspondait au point où l'artère fémorale traverse l'ouverture fibreuse du muscle troisième adducteur. Cependant il était probable que la maladie avait commencé au-dessous de ce passage : elle pouvait être considérée comme appartenant à l'artère poplitée.

Tout le membre était extrêmement infiltré; son volume était au moins doublé. Le malade avait sa santé profondément altérée; il était pâle, débile, abattu, conséquences naturelles des grandes douleurs qu'il éprouvait, et de l'influence générale de son affection. Le danger était imminent, les battemens violens, la distension, la rougeur et l'amincissement de la peau faisaient craindre une rupture prochaine de la poche anévrismale, qui eut été funeste ou mortelle.

Je devais me hâter d'employer les secours de l'art.

Trois ressources se présentaient, et des motifs divers devaient me faire balancer sur la préférence à donner à l'une d'elles : c'étaient les réfrigérans, l'amputation du membre ou l'opération de l'anévrisme.

Depuis environ quarante ans la méthode réfrigérante de Guérin, célèbre praticien de cette ville, était la seule usitée à Bordeaux. J'avais sincèrement désiré de rencontrer l'occasion d'en apprécier l'efficacité ou de fixer par ma propre observation mon sentiment sur la réprobation dont elle est frappée.

Pendant que j'étais chef-interne de l'hôpital Saint-André, j'aie vu (la glace ayant été appliquée sur deux anévrismes poplités) ces tumeurs se rupturer, et les hémorrhagies qui survenaient être arrêtées par la compression, le malade guérir en conservant un gonflement arthritique des deux articulations fémoro-tibiales, qui rendaient à jamais la progression impossible. J'ai vu aussi une fille de 17 ans, étant entrée à l'hôpital avec un anévrisme du volume d'une noix à la partie inférieure de l'artère tibiale antérieure, cette tumeur devenir énorme, envahir tout le tour du membre, malgré l'application de la glace faite pendant plusieurs mois consécutifs, se rupturer, une hémorrhagie nécessiter la ligature de l'artère, puis se renouveler, l'amputation de la jambe pratiquée, et l'infortunée malade succomber.

J'ai vu encore, dans le même hôpital, un jeune homme avec un anévrisme de l'artère brachiale, dont la rupture, qui eut lieu malgré l'emploi des réfrigerans, occasiona une hémorrhagie que je fus assez heureux d'arrêter à temps par la compression. La ligature de l'artère fut pratiquée par M. Guérin fils, alors chirurgien en chef à l'hopital, et les réfrigérans furent continués consécutivement à cette ligature.

Dans tous ces cas la compression ou la ligature paraissaient être regardées comme des ressources accessoires, et les réfrigérans comme moyen essentiel.

Voilà ce que j'ai observé dans les cas d'anévrisme dont j'ai été le témoin oculaire. Je ne sais ce qui a eu lieu dans ceux où les succès des réfrigérans ont été vantés, mais les faits que je viens de citer sont constans. Pendant les six années que j'ai été chef-interne de l'hopital, il n'y a eu aucun cas de guérison d'anévrisme par cette méthode, et l'on ne me démentira pas si j'affirme que depuis on ne pourrait citer aucun fait à l'appui.

Dans ce cas, le volume prodigieux de la tumeur, l'infiltration considérable du membre, l'état morbide de la peau prête à s'entr'ouvrir, l'état pathologique présumé de l'artère fémorale, sa dilatation paraissant se prolonger jusqu'au pli de l'aîne, semblaient nécessiter l'amputation de la cuisse. Ce fut l'opinion de quelques praticiens qui virent le malade, notamment celle de mon ami le docteur Cazenave. Ce fut aussi ma première pensée. Mais je donnai la préférence à l'opération de l'anévrisme suivant la méthode d'Anel ou de Hunter, et j'adoptai le procédé de Jonès actuellement suivi par la plupart des chirurgiens anglais.

Je pratiquai cette opération en présence de plusieurs médecins, entre autres des docteurs Brulatour père et fils, Lafon, Cazenave, Levieux, etc., de M. Chanmet qui, en sa qualité de chef-interne, me servait d'aide avec l'habilité qui le distingue, et des étudians en médecine. Une incision linéaire de quatre pouces de longueur, longeant le bord interne du muscle ilio-préti-

bial, me permit de découvrir promptement l'artère fémorale au milieu du tissu cellulaire ambiant qu'abreuvait de la sérosité, qu'on fut plusieurs fois obligé d'absorber à l'aide d'une éponge. Le nerf saphène que j'aperçus, fut écarté. Je cherchai l'interstice existant entre l'artère et la veine fémorales. Le premier de ces vaisseaux avait acquis un diamètre double de celui qu'il offre dans l'état normal. Un tissu cellulaire dense, comme lardacé, l'unissait intimement au second et rendait leur séparation difficile. Je portai dans leur intervalle l'extrémité d'une sonde canelée. Poussant ensuite cette sonde de dehors en dedans sous l'artère, j'en fis ressortir l'extrémité dans l'écartement que j'avais établi à son union avec la veine; alors à l'aide d'un stylet à œil, que je fis glisser dans sa canelure, je plaçai un fil pour pratiquer la ligature.

Parvenu à cette partie de l'opération, je m'écartai des règles généralement prescrites : au lieu de suivre les principes de la chirurgie française et les préceptes du célèbre professeur de Pavie; au lieu de chercher à lier l'artère en l'aplatissant avec des fils arrangés en rubans; d'interposer entre la ligature et le vaisseau des corps propres à en empêcher la section, ou d'en rapprocher les parois comme on le fait avec le serre-nœud de Deschamps, celui de sir Henry ou le compresseur d'Assalini, j'opérai une section prompte et complète des membranes interne et moyenne de l'artère pour déterminer une inflammation adhésive, comptant exclusivement sur la résistance de la membrane externe fibro-cellulaire.

Pour cela je pratiquai la ligature avec un fil de soie blanche arrondi et très-mince. Je fis d'abord un premier nœud aussi serré que possible. J'entendis et sentis alors le léger craquement qui résulta de la section de la membrane fibreuse jaune. J'assujétis ce premier nœud par un second : le fil se cassa. Quoique l'artère fût parfaitement liée, je plaçai par prudence une seconde ligature sur le même point du vaisseau, de la même nature et de la même manière. Aussitôt les battemens artériels cessèrent dans la tumeur. Des bandelettes agglutinatives, un plumasseau, une compresse et une bande furent appliqués pour rapprocher ou recouvrir l'incision. Aucune ligature d'attente ne fut placée.

Pour entretenir la chaleur du membre je fis mettre sur ses côtés des bouteilles de gré remplies d'eau très-chaude qui était renouvelée à mesure qu'elle se refroidissait.

Le malade dès la fin de l'opération, n'éprouva aucune sorte de douleurs, dormit d'un sommeil paisible, et offrit tous les jours qui suivirent un bien-être peut-être sans exemple en pareil cas.

Il n'y eut aucun mouvement fébrile. L'infiltration extrême du membre disparut graduellement la chaleur s'y maintint; aucune escarre, aucune tache livide qui dénotât un lésion dans la circulation ne furent observées. Le malade ne souffrit que de la faim, qu'il cherchait à calmer en fumant souvent du tabac.

Pendant seize jours cet état de chose persista, et fut à la fois un motif d'étonnement et de satisfaction pour ceux qui fréquentaient l'hôpital. Mais le dix-septième jours après l'opération, il survint une hémorrhagie qui sembla devoir faire évanouir toutes les espérances.

Appelé pour remédier à cet accident, je vis que du sang vermeil, plastique, artériel en un mot, s'était écoulé par une petite ouverture restée vers le point où s'était terminée l'incision. Le reste de la plaie s'était cicatrisé par adhésion primitive. Je pensai que l'hémorrhagie dépendait de la section de l'artère par la ligature, mais je me demandai si le sang provenait du bout supérieur ou de l'inférieur du vaisseau coupé.

L'artère, lors de l'opération, était manifestement dans un état pathologique. Dix-sept jours s'étant écoulés depuis l'époque où j'avais fait la ligature jusqu'au moment de l'hémorrhagie, je pensai que l'oblitération du vaisseau devait être faite, le caillot fibrineux formé. Mais aussi il était possible que l'adhérence de la membrane interne à elle-même ne fût pas complète, et que le sang se fût infiltré entre la paroi artérielle et le caillot. Dans le doute je fis tout disposer pour la ligature de l'artère iliaque externe dans le cas de récidive de l'hémorrhagie.

Toutefois, pensant aussi que le sang pouvait bien provenir du sac anévrismal et remonter du bout inférieur du vaisseau coupé, je fis enlever les bouteilles d'eau chaude qui avaient été constamment placées sur le côté de la jambe et au pied. Cette précaution suffit pour remédier à l'accident formidable qui était survenu. Cette hémorrhagie, qui semblait être un phénomène fatal dépendait d'un excès de bien, de ce que la circulation était trop active dans la jambe et dans le pied, circonstance inverse à l'ordre ordinaire des choses en pareil cas.

Ainsi il devint inutile de pratiquer une ligature nouvelle; aucune compression ne fût exercée, aucun styptique ni réfrigérant ne furent employés. Il suffit d'ôter les corps chauds appliqués autour du membre pour replacer le malade dans la position heureuse où il était depuis l'opération.

Un plumasseau enduit de cérat et recouvrant le lieu de l'incision, emmena avec lui, le vingt-neuvième jour, les fils de soie qui avaient servi à lier l'artère, sans qu'aucune traction eût été opérée. L'anneau de la ligature avait environ deux lignes de diamètre.

La tumeur anévrismale perdait tous les jours de son volume; sa circonférence se durcissait et le centre seul était fluctuant. Il paraissait probable que cette tumeur se terminerait par abcès : je crus devoir l'abandonner à la nature.

Le malade pouvait exécuter des mouvemens dans son lit, où je le retenais par prudence; cependant quarante jours après l'opération il se leva et marcha.

Consécutivement il a constamment continué à exercer la progression; la tumeur s'est de plus en plus durcie de la circonférence au centre; son volume a insensiblement diminué, et Pierre Bonnefon, joyeux de se voir guéri, alors qu'il avait fait le sacrifice de sa vie, sorti de l'hôpital, se proposant de faire plusieurs lieues à pied pour se rendre à son domicile. Je le détournai toutefois de ce projet, et lui conseillai de se livrer graduellement à la marche, pour laquelle il avait d'autant plus d'ardeur qu'il en était privé depuis deux ans.

LANCETTE DU 17 SEPTEMBRE.

HOPITAL DES ENFANS MALADES.

—

SERVICE DE M. GUERSENT.

—

PLEURÉSIE

Et péricardite aiguës; épanchement séro-purulent dans la plèvre droite et le péricarde.

Didelot, âgé de 14 ans, ouvrier en baleines, cheveux noirs, peau brune, forte constitution, bonne santé habituelle, entra à l'hôpital le 30 août, accusant cinq jours de maladie. Après avoir passé la nuit dans une chambre dont la croisée resta ouverte, il fut pris dans la journée suivante de céphalalgie, de malaise fébrile; dès le lendemain, vomissemens, toux et douleur vive de tout le côté droit de la poitrine augmentant par la toux et par les fortes inspirations; il s'alita, et prit pour boisson une tisane insignifiante.

Le jour de son entrée, il ne présentait que les symptômes d'une pleurésie aiguë. La gêne de la respiration, et l'intensité de la douleur du côté droit de la poitrine déterminèrent l'élève de garde à pratiquer une saignée de trois palettes.

Le 31, le sang tiré de la veine est recouvert d'une couenne blanchâtre de quatre à cinq lignes d'épaisseur. Le décubitus a lieu sur le dos. La douleur du côté droit est moins vive que la veille. Mais le malade éprouve à la région précordiale une sensation douloureuse dont il indique lui-même le siége avec la main. La face est violacée, la respiration est suspirieuse, et notablement accélérée, la parole est entrecoupée, la toux est fréquente et sèche. Le pouls est petit et faible, sans irrégularité ni intermittence. Il bat 120 fois par minute. On compte dans le même temps 40 inspirations. Le côté droit, de la poitrine offre en arrière un son complètement mat dans les deux tiers inférieurs. Le bruit respiratoire s'entend à peine, l'égophonie est très-manifeste. A gauche, en arrière, la respiration est puérile, la sonoréité en quelque sorte tympanique. La langue est large et humide, la soif est assez vive, l'anorexie complète, le ventre est légèrement endolori, il y a constipation depuis le début de la maladie. *Décoction de lin et de chiendent 2 pots, julep huileux, lavement avec 2 onces de miel de mercuriale; saignée de trois palettes, diète.*

Immédiatement après la saignée, le malade éprouva un soulagement qui ne fut pas durable. Le sang était, comme la veille, recouvert d'une couenne épaisse. Le pouls se releva un peu.

Le 1er septembre, l'orthopnée persiste, le malade éprouve des angoisses inexprimables, le pouls est petit et faible, et ne présente pas d'irrégularité, 120 pulsations, 60 inspirations; la douleur du côté gauche est beaucoup plus vive que celle du côté droit. Le son est mat dans une très-grande étendue à la région du cœur, dont les battemens sont faibles et obscurs, et ne présentent pas d'impulsion. La région précordiale examinée avec le plus grand soin, n'offre pas de saillie appréciable. Même matité du côté droit en arrière, et même sonoréité du côté gauche que la veille. La face est pâle, le nez est froid. *Deux ventouses scarifiées sur la région du cœur cataplasmes vinaigrés aux extrémités; 8 grains de poudre de Dower pour le soir.*

Le 2, alternatives d'agitation et de collapsus. Par momens les cris plaintifs, l'anxiété et les angoisses du malade cessent, et il tombe dans un état de somnolence. Lorsque nous approchons de son lit, il paraît assoupi, la face est pâle, la respiration abdominale. Il se réveille tout-à-coup en sursaut, sa face devient colorée, sa respiration est plaintive; il est pris d'une toux sèche, saccadée, la douleur de la région précordiale est toujours très-vive; 104 pulsations petites et régulières, 40 inspirations; même obscurité des battemens du cœur, même défaut d'impulsion que les jours précédens, même matité à gauche en avant, et à droite en arrière. *Six sangsues sur la partie antérieure gauche de la poitrine.*

Dans la soirée, l'orthopnée augmente, le pouls devient plus faible et plus fréquent (110 pulsations, 56 inspirations), la face est plombée et couverte d'une sueur froide, le nez et les extrémités sont froides, la chaleur est médiocre dans le reste du corps. Le malade éprouve des nausées continuelles, il a eu une seule selle qui contient un ascaride lembricoïde. Mort dans la nuit à trois heures du matin.

Nécropsie 30 heures après la mort.

Poitrine. La cavité de la plèvre droite contient un liquide séro-purulent au milieu duquel nagent de nombreux flocons albumineux. La plèvre costale, pulmonaire et diaphragmatique est tapissée par des fausses membranes molles, non complètement organisées. Les deux lobes de ce poumon détachés et mis dans l'eau surnagent; le tissu pulmonaire est assez engoué, mais il contient de l'air, et n'est point friable. Le poumon gauche est pareillement engoué. Il est fortement refoulé en arrière par le péricarde qui est énormément distendu, et contient environ 6 onces de liquide séro-purulent au milieu duquel nagent des flocons albumineux aussi abondans que ceux de l'épanchement pleurétique, eu égard à la quantité du liquide épanché. Le cœur est mou, aplati, sa surface externe est couverte de fausses membranes. Le ventricule gauche contient du sang liquide; le sang contenu dans le ventricule droit est coagulé.

L'œsophage est sain. Le larynx, la trachée-artère et les bronches présentent une teinte rosée.

L'estomac est rouge par plaques; sa muqueuse n'est ni épaissie ni ramollie. Le canal intestinal n'offre rien de remarquable. Le foie et la rate sont notablement engoués. Le crâne n'a pas été ouvert.

— Si l'on en croit Laënnec et Corvisart, le diagnostic de la péricardite est extrêmement difficile. M. Louis, au contraire, soutient que l'inflammation du péricarde est aussi facile à diagnostiquer que celle de la plèvre. Il faut avouer qu'il y a exagération des deux parts. Dans le cas qui nous occupe, M. Guersent a diagnos-

tiqué la péricardite avec sa sagacité habituelle dès le jour de l'entrée du malade à l'hôpital. Et cependant la complication de la pleurésie augmentait les difficultés que présente ordinairement le diagnostic de la phlegmasie du péricarde. Le signe que M. Louis donne comme pathognomonique en pareil cas, a complètement manqué. Nous voulons parler de la saillie de la région précordiale. Nous avons cherché à la constater, mais elle n'a pu être appréciée.

L'irrégularité et l'intermittence du pouls, signes sur lesquels Laënnec et Corvisart insistent beaucoup, n'ont jamais été observés; cependant chaque jour la circulation a été explorée avec soin. Mais ce qui nous a le plus frappé, c'est la douleur vive de la région précordiale, dont plusieurs fois le malade nous a indiqué le siége avec la main. C'est la matité de cette région contrastant avec la respiration puérile que l'oreille percevait dans le poumon gauche.

Ces deux signes réunis n'ont presque laissé aucun doute sur la nature de la maladie : et nous devons dire qu'ils nous paraissent bien plus précieux que la voussure du côté gauche du thorax indiquée par M. Louis. D'abord, dans ce cas, elle n'existait pas, et nous avons observé plusieurs cas analogues où elle manquait aussi complètement. Et d'ailleurs, la nécropsie nous a rendu parfaitement raison de l'absence de ce phénomène. Nous avons vu le poumon gauche fortement refoulé en arrière. Il est naturel de penser que le péricarde distendu repoussera plutôt le poumon que les côtes, qui offrent beaucoup plus de résistance. Le traitement a été, dans ce cas, très-énergique, et, il faut le dire, on ne peut plus rationnel. Deux saignées générales et deux émissions sanguines locales, pratiquées à dater du cinquième jour de l'invasion, n'ont pu enrayer la marche de la maladie; elles étaient indiquées et par l'intensité de la double phlegmasie, et par la constitution vigoureuse du malade. Nous ne doutons pas que ce traitement n'eût été couronné de succès si l'une des deux séreuses cardiaque et pulmonaire eût été seule envahie.

COURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE.

—

Leçons de M. Andral.

Nous croyons être utile à nos lecteurs en publiant de nouveau quelques fragmens des leçons de M. Andral. Ce professeur range dans les *perversions de la sensibilité*, entre autres affections, l'angine de poitrine, l'acrodynie (épidémie des pieds et des mains) et les convulsions.

Nous allons successivement examiner avec lui ces diverses maladies.

ANGINE DE POITRINE.

Les parois de la poitrine peuvent être affectées de douleurs dont les unes sont purement nerveuses, les autres sont symptomatiques de quelqu'autre maladie, etc.

Je ne veux parler à présent que de l'angine de poitrine, qui a été le sujet d'une chaude controverse, et dont la nature est encore à peu près inconnue. On lui a encore donné le nom de *sternalgie*. Si on en jugeait par les nombreuses observations qui en ont été publiées à une certaine époque, on serait porté à croire que cette maladie était très-fréquente, tandis que M. Jurine, de Genève, a prouvé incontestablement qu'elle a toujours été rare. Mon expérience m'a appris qu'elle existe réellement, mais qu'elle est rare; elle m'a également appris à ne pas la regarder comme dépendant d'une lésion du cœur.

Le caractère distinctif de l'angine de poitrine est une douleur à la partie moyenne du sternum, commençant ordinairement sous la première ou la deuxième partie de cet os, et s'étendant en bas, au-dessous et à gauche du cartilage ensiforme. Mais la douleur ne se borne pas là; elle s'irradie quelquefois à tout le reste de la poitrine; et, ce qui est singulier, elle paraît affecter de préférence le côté gauche de cette cavité; de là elle remonte vers le cou et finit à l'articulation temporo-maxillaire. Quelquefois l'aisselle, le bras et l'avant-bras, sont affectés, surtout du côté gauche, le côté droit demeurant étranger à la maladie. D'autres fois la douleur s'étend du sternum à l'épigastre. Quelquefois encore elle traverse le corps perpendiculairement, comme si on y enfonçait une barre de fer. Dans deux ou trois cas que j'ai observés, au lieu de commencer au sternum, et de se répandre de là aux extrémités, la douleur se faisait d'abord ressentir dans le bras et se dirigeait vers le sternum.

Parmi les symptômes de l'angine de poitrine, qui, sans être véritablement essentiels, sont cependant d'une grande importance pratique, on observe la gêne de la respiration due non point à aucune maladie des poumons ou du cœur, mais bien à un dérangement dans l'action mécanique des muscles thoraciques. Quelques malades même ont succombé dans un état d'asphyxie que l'on ne peut attribuer qu'à ce que quelque temps avant la mort la cavité osseuse de la poitrine avait complètement perdu toute sa mobilité.

Dans ces cas, l'auscultation et la percussion avaient, pendant la vie, démontré qu'il n'existait aucune lésion organique des poumons ou du cœur, bien plus, dans l'intervalle des accès, le malade jouissait d'une santé parfaite. Il est bien vrai que ces mêmes symptômes sont produits quelquefois par l'action évidente d'une maladie du cœur; mais alors on ne doit pas donner à cette maladie le nom *d'angine de poitrine;* et la douleur, comme dans l'anévrisme du cœur, est alors moins intense que dans l'affection véritablement névralgique. L'invasion de la véritable angine est ordinairement subite, et les accès surprennent les malades dans un état de santé apparente complète.

On y observe aussi des intervalles constans quoique d'une durée incertaine, pendant lesquels il ne reste aucune trace de la maladie. Ce ne sont certainement pas là les caractères d'une lésion organique du cœur. Pour ce qui est de la marche de la maladie, un de ces deux faits principaux s'y remarque, ou l'intervalle qui

sépare les paroxysmes diminue jusqu'à ce que le malade succombe, ou bien ce même intervalle s'étend de plus en plus jusqu'à parfaite guérison. L'âge paraît influer beaucoup sur le développement de la maladie. Elle est rare chez les jeunes sujets. Cependant, je me souviens en avoir observé un exemple chez un élève de l'École Polytechnique, âgé de 18 ans; ce malade se rétablit à la campagne. La maladie est beaucoup plus commune de 30 à 40 ans, et on en a observé quelques exemples chez des sujets avancés en âge. Quant aux maladies du cœur, de son enveloppe ou de ses vaisseaux, et surtout des artères coronaires, je dois répéter, pour le graver dans votre mémoire, qu'elles peuvent accompagner l'angine de poitrine, ou occasioner des symptômes analogues; mais on ne saurait les regarder comme la cause essentielle de l'angine. Cette maladie est entièrement nerveuse, sans qu'on puisse préciser les nerfs qui en sont le siége; si nous les connaissions, nous devrions ranger l'angine de poitrine dans une autre classe de maladies et lui donner un tout autre nom que celui qu'elle porte actuellement.

Le traitement de l'angine de poitrine varie suivant la période de la maladie. Dans l'intervalle des accès, un régime modéré, un changement dans les habitudes du malade, et l'usage de quelques laxatifs, des sétons et des dérivatifs, tels que des vésicatoires aux bras, forment la base de la médication. Pendant l'accès de spasme, les frictions avec l'onguent de belladone, les narcotiques et les antispasmodiques, tels que l'opium, la valériane et l'assa-fœtida, ont été successivement recommandés. Quelques médications particulières, comme l'inspiration du gaz oxygène, l'usage de l'acide phosphorique, conseillées par Jurine, de Genève, qui était lui-même attaqué de cette maladie, ont été essayées avec succès, dit-on; mon expérience ne m'a pas permis de confirmer ces assertions. C'est surtout dans l'excellente monographie de Jurine (Genève, 1813) et dans le traité de M. Deport (Paris, 1811), que l'on peut étudier cette maladie avec fruit.

REVUE THÉRAPEUTIQUE.

FORMULES ANTI-ODONTALGIQUES.

Nous remarquons, dans un article intéressant que publie M. le docteur Toirac, médecin dentiste, dans le dernier numéro du *Journal des Connaissances Médicales*, sur l'odontalgie ou mal de dents, quelques formules dont on peut faire usage avec succès comme remèdes palliatifs:

1° *Pr.* : Alcohol saturé de camphre, 2 gros.
Baume du commandeur, 10 grains.
Teinture d'opium, 30 gouttes.
Huile essentielle de menthe, 10 gouttes.
Mêlez.

2° *Pr.* : Teinture concentrée de pyrèthre, avec addition de 20 gouttes de teinture d'opium par gros.

3° *Pr.* : Acétate de plomb, Sulfate de zinc, } de chaque 20 grains.
Teinture d'opium, un demi gros.

Triturez exactement pour en former une pâte dont on met une quantité égale à deux fois la grosseur de la tête d'une épingle sur un petit morceau de coton qu'on introduit dans la dent, et qu'on renouvelle une fois ou deux dans les 24 heures.

LANCETTE DU 19.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOTEL-DIEU.

M. DUPUYTREN, PROFESSEUR.

AFFECTION DU COEUR;

Rétrécissement de l'ouverture auriculo-ventriculaire gauche; aspect gangréneux de toutes les extrémités saillantes du corps, le nez, les oreilles, les mains, les pieds, etc.; emploi de la saignée; amélioration notable.

Jacques Maillet entra à l'Hôtel-Dieu le 25 août dernier, salle Ste-Marthe, n° 33. A peine âgé de 29 ans, ses cheveux sont presque blancs, sa taille est moyenne, sa constitution est assez bonne, son tempérament est lymphatique; il habite un village du département de l'Aisne; il est batteur en grange.

Cet homme est affecté d'une maladie grave, d'une gangrène par obstacle au cours du sang. Il accuse six ans de maladie.

Suivant ce qu'il nous a rapporté, son affection débuta par des accès de fièvre qui durèrent trois mois. Le médecin de son village lui pratiqua plusieurs saignées et lui fit prendre quelques purgatifs.

Ces premiers accidens étaient à peine calmés, qu'il fut pris des symptômes de la maladie pour laquelle il est venu réclamer des secours à Paris.

Une sorte de pâleur cachectique est le premier phénomène qu'on observait; le trouble de la circulation capillaire était marqué par l'aspect des mains, des pieds et de toutes les parties saillantes de son corps. A son entrée, il avait une légère dyspnée ainsi que de l'oppression; toutefois, la circulation générale n'était pas autant altérée que la circulation capillaire. Le pouls était à peu près naturel, et la main, appliquée sur la région du cœur, n'y sentait que des battemens assez réguliers et d'une force médiocre.

Chez ce malade, ainsi que nous l'avons dit, les parties les plus éloignées du centre de la circulation, celles dont la surface est la plus étendue relativement à leur petit volume, les pieds, les mains, le nez, les oreilles, étaient affectés d'un commencement de gangrène; ses doigts étaient amincis de leur base à leur sommet,

filiformes. Il y avait là altération de la circulation, de la sensibilité, de la nutrition; cependant les artères collatérales n'étaient ni oblitérées, ni ossifiées.

La vie paraissait complètement éteinte dans ces parties; cependant elle y existait encore; l'exercice des actions organiques n'y était que suspendu. Cet état, très-dangereux et le plus voisin de la gangrène, doit être soigneusement distingué, a dit M. Dupuytren, parce que les parties qui en sont affectées pouvent quelquefois revenir à leur état naturel.

Une remarque à faire dans l'histoire de ce malade, c'est que chez lui comme chez presque tous les individus que l'on a rencontrés, affectés de gangrène, les symptômes de cette dernière maladie sont apparus au plus fort de l'été. De petites suppurations s'étaient établies autour de ses ongles. Sa main droite ne pouvait être fermée, et ce malade parvenait plutôt, quand il le voulait, à fléchir les doigts de la main gauche, à l'exception toutefois du petit doigt, qui était raide, froid et constamment engourdi.

La marche ne pouvait s'exécuter, quoique ses pieds fussent moins malades que ses mains. Il était obligé, par les douleurs qu'il éprouvait, de les poser à terre sur leur bord externe; mais les durillons qui s'y développèrent en peu de temps le condamnèrent bientôt à l'inaction. A dater de cette époque, les extrémités furent racornies, resserrées, les fluides y abondèrent en moindre quantité, les membres conservèrent un volume plus petit que de coutume, et la gangrène s'annonça bientôt par un engourdissement, une pesanteur des parties, une rougeur sans chaleur et comme érysipélateuse, un empâtement; puis les parties devinrent en peu de temps sèches, dures, ridées. La circulation, chez cet homme, ne pouvant se faire qu'imparfaitement et avec lenteur dans les vaisseaux de premier ordre, tandis qu'elle était presque entièrement éteinte dans le système des vaisseaux capillaires; c'est de cet anéantissement de la circulation que résultait l'aspect des parties les plus éloignées du centre.

Depuis un an surtout, les douleurs étaient devenues plus vives; le malade, qui se nourrissait fort mal, ne vivant que de légumes, rarement de viandes, ne buvant que du mauvais cidre et pas de vin, perdit tout-à-fait l'appétit; toutes ses fonctions se faisaient mal.

Les premiers jours de son entrée, quelques personnes crurent reconnaître à l'auscultation le bruit de rape; depuis qu'il a été soumis à un traitement antiphlogistique, *saignées, bains*, ce bruit a disparu, le pouls consulté *avant* la saignée donnait 45 pulsations, *après* 40.

A l'occasion de ce malade, M. Dupuytren a rappelé que jusqu'à cette époque les praticiens avaient employé dans le traitement de cette affection les médicamens internes *amers, astringens, résineux*, qui n'avaient fait, dans la plupart des cas, qu'augmenter la maladie, qu'on en avait beaucoup abusé et que leur emploi exclusif avait encore été plus funeste que celui de la méthode antiphlogistique appliquée à tous les cas.

L'expérience nous a démontré, a-t-il ajouté, que quand cette dernière méthode est employée, elle réussit d'autant mieux pour arrêter les progrès de la gangrène, qu'on y a recours énergiquement dès le début de la maladie.

L'état du malade couché à Sainte-Marthe n'est peut-être pas sans ressource, et, ainsi que vous l'avez encore vu en cette occasion, l'emploi sagement combiné de la saignée, des diurétiques, a fait disparaître les accidens cérébraux, la suffocation et les douleurs; les mains et les pieds ont repris leur chaleur, la peau toutes ses fonctions perspiratrices, et enfin, ces moyens ont rendu au malade, pour un temps qui sera peut-être fort long, une santé plus supportable.

Cet homme sortira sous peu de jours pour retourner dans son pays. A la demande du chirurgien de la salle, des secours pécuniaires lui ont été délivrés pour frais de voiture. Il a promis de donner des nouvelles de sa santé.

— M. Giraud rapporte, dans une thèse qu'il soutint en 1803, un cas de gangrène des pieds et des mains, produite par une tumeur dans le ventricule gauche, que nous croyons devoir rapprocher de celui-ci.

« J'ai eu occasion, dit-il, d'observer une maladie du cœur accompagnée de douleurs aux pieds et aux mains, qui ne tardèrent pas à être suivies de gangrène. Les narcotiques ne calmèrent point les douleurs, l'amputation ne fit que les changer de place, et la mort arriva après deux mois passés dans les douleurs. L'ouverture du cadavre nous fit reconnaître une légère dilatation de la pointe du ventricule gauche du cœur, dans l'intérieur de laquelle nous observâmes une tumeur dont la substance, lorsqu'on l'eut incicée, simula une matière pultacée. »

— Nous ne terminerons pas ici sans rapporter un cas de gangrène par cause heureusement fort rare, et qui a été observé l'année dernière par un chirurgien des environs de Beauvais.

— Le 11 mars 1832, Mathieu, gros paysan de Sotteville, âgé de 19 ans, d'un excellent tempérament, et jouissant alors d'une bonne santé, prenait, avec les animaux de sa cour, une récréation digne des premiers siècles. Ayant remarqué un canard épris d'amour pour sa femelle, il voulut s'amuser à traverser leurs plaisirs, et, dans ce but, il se saisit de l'amante. Le canard, doublement furieux du contre-temps qui faisait obstacle à ses plaisirs, et du danger qu'il craignait pour l'objet de ses amours, s'élança sur Mathieu. Celui-ci était accroupi, en sorte que l'animal attaqua avec son bec, la lèvre supérieure du côté gauche, et la pinça très-vivement.

Le jeune homme ne fit pas plus de cas de sa blessure que de l'adversaire; cependant quoi qu'il n'y eut pas de plaie, la lèvre enfla, devint dure et douloureuse. Enfin, au bout de quelques jours, l'inflammation gagna le visage, la gorge, le bras même, et la fièvre survint.... Le cou était gonflé et d'une dureté extrême, le visage et les yeux bouffis, la lèvre parsemée d'ulcères et d'escarres gangréneuses. On appliqua quelques sangsues, les accidens allèrent en augmentant, et Mathieu, abandonné aux soins des bonnes gens qui l'entouraient, mourut au bout de 26 jours.

ÉRUPTION VARIOLIQUE A LA PEAU;

Répercussion; accidens graves survenus dans l'appareil respiratoire et au cerveau; emploi de la pommade stibiée; guérison;

Par M. Bermond, D. M. P., à Bordeaux.

L'enfant Gauny, âgé de 5 ans, demeurant rue du Jardin-Public, présenta le 25 juillet une rougeur à la peau qui faisait redouter la variole, quoiqu'il ait été vacciné et ait eu la rougeole. Les phénomènes qui avaient précédé cet état étaient de fort peu d'importance; il y avait eu seulement un peu de fièvre et perte d'appétit.

Le 26, la rougeur se prononça davantage, et des élevures semblaient vouloir se développer, principalement aux mains, à la poitrine et au visage. Les parens, peu inquiets de la position de leur enfant, se contentèrent de lui donner une infusion de serpolet pour favoriser les sueurs Le soir, le petit malade, après s'être exposé au froid, fut pris de frissons, d'envies de vomir, de lassitude, d'oppression et de douleurs assez fortes à la poitrine. Ces accidens, survenus aussi promptement, engagèrent les parens à demander des secours, et je fus appelé pour lui donner des soins.

Le 27, première visite, la peau avait sa couleur naturelle; elle était cependant marbrée et bouffie dans certaines régions, à la figure surtout. La tête, douloureuse, faisait éprouver la sensation d'un bandeau serré; la respiration était courte, un peu bruyante et accompagnée de toux sans expectoration; le pouls petit et serré, la langue saburrale, sans rougeur; la bouche sèche, l'abdomen un peu ballonné, sans douleur; point de selles depuis trois jours; prostration générale. Tels étaient les symptômes que j'observai à cette première visite. Je conseillai une application de dix sangsues sur l'épigastre, les lavemens émolliens et les cataplasmes sur le ventre, la tisane faite avec la décoction de fleurs pectorales et le miel, une potion avec deux grains d'extrait de belladone, et un bain de pieds sinapisé réitéré si l'oppression persistait.

Le 28, visite du matin, les symptômes sont peu modifiés: les sangsues ont beaucoup saigné; la nuit a été mauvaise, l'enfant a été agité et a eu des mouvemens désordonnés. La bouffissure de la peau a disparu; la respiration est également gênée; la toux, quoique moins fréquente, est toujours sèche; le pouls est moins serré, mais toujours fréquent; la langue et la bouche sont plus humides, l'abdomen est moins tendu. Le petit malade s'est évacué plusieurs fois. La céphalalgie a augmenté, la prostration est aussi plus prononcée. On applique six sangsues aux apophyses mastoïdes, et on suit la même médication que la veille.

Visite du soir. Le malade est dans le même état; on a observé quelques mouvemens convulsifs; les paupières voilent les yeux, dont les pupilles sont dilatées; la déglutition est rendue impossible par le serrement des mâchoires; la toux est étouffée, la respiration plus pénible; un râle à grosses bulles se fait entendre; la peau est sèche et conserve sa température naturelle. Deux vésicatoires camphrés sont appliqués aux jambes, et en attendant que leur effet soit produit, on promène des sinapismes sur les genoux et sur les pieds.

Le 29, visite du matin, aucune amélioration. La nuit a été plus mauvaise que la précédente; les convulsions ont été plus rapprochées. Les vésicatoires ont bien pris. La peau est rouge sur les parties qui ont été recouvertes de cataplasmes sinapisés. L'engouement pulmonaire, qui est encore plus prononcé, me décide à employer la pommade stibiée. Je recommande de frictionner souvent les parties antérieures et latérales de la poitrine.

Visite du soir. Huit heures après la première friction un mieux remarquable se fait apercevoir. La tête se trouve moins embarrassée; les paupières s'ouvrent lorsqu'on parle au malade; les pupilles sont un peu revenues sur elles-mêmes; l'enfant peut ouvrir la bouche et avaler: il prononce quelques paroles. La respiration est moins accélérée, le râle est à peu près disparu, le pouls est plus plein et moins précipité, la peau est halitueuse; celle de la poitrine est recouverte d'un grand nombre d'élevures assez développées; les vésicatoires sont pansés et ont beaucoup suppuré. Je conseille la tisane de chiendent avec le miel, et les mêmes frictions faites sur le ventre, les cuisses et les bras.

Le 30, visite du matin, l'amélioration a fait des progrès, la nuit a été assez bonne; l'enfant a dormi plusieurs heures d'un bon sommeil; la peau est recouverte de boutons dans les endroits qui ont été frictionnés: ceux de la poitrine, qui sont les plus anciens, sont larges, élevés, et ressemblent beaucoup aux boutons de varicèle. La tête n'est plus qu'un peu lourde, les yeux sont dans l'état naturel. La bouche s'ouvre facilement, la déglutition est libre, la toux est rare: il y a seulement de l'oppression lorsque le malade se remue trop. Le pouls, quoiqu'un peu fort, est régulier, les forces sont assez bien revenues. Je conseille pour toute médication un bain de pieds sinapisé et la même tisane de chiendent édulcorée avec le sirop de gomme.

Visite du soir. L'enfant se trouve encore mieux; on lui a fait prendre quelques cuillerées de bouillon qu'il a demandées avec instance.

Le 31, le petit malade entre en convalescence: il a dormi presque toute la nuit. Les boutons cependant l'ont fait un peu souffrir. On lui donne quelques tasses de bouillon. On panse avec du cérat les gros boutons qui se sont crevés, et dont la peau a été enlevée. On continue la même tisane, on surveille l'alimentation, et cinq jours après l'enfant jouait dans sa chambre.

LANCETTE DU 24.

HOPITAL DES VÉNÉRIENS.

SERVICE DE M. RICORD.

Emploi de la teinture d'iode dans la cure de l'hydrocèle.

Plusieurs observations insérées dans la *Gazette des Hôpitaux*, ont déjà fait connaître les avantages remarquables que M. Ricord a obtenus de l'usage de la teinture d'iode employée comme résolutif externe. Toutes les périostoses auxquelles on a appliqué ce nouveau

genre de traitement, et plusieurs kistes volumineux ont disparu en peu de jours, et parmi les malades que nous avons pu revoir à de longs intervalles après leur guérison, il ne s'est jamais présenté de récidive; ainsi, le succès de cette méthode doit être considéré comme certain et avantageux sous tous les rapports. L'ancienneté de la périostose, et son état plus ou moins avancé vers la suppuration, n'ont jamais été un obstacle, et même souvent, plus la fluctuation était évidente, plus la guérison a été prompte.

C'est d'après ces considérations, que M. Ricord a cru devoir essayer les applications de la teinture d'iode dans le traitement de l'hydrocèle, et bientôt il a obtenu plusieurs cures radicales. Cependant, nous devons l'avouer, la guérison est lente dans la plupart des cas, et toujours en raison du volume de la tumeur : ainsi, le seul avantage à revendiquer, c'est que le malade est dispensé d'une opération chirurgicale, qui, bien qu'elle réussisse assez généralement lorsqu'elle est pratiquée par un chirurgien habile, n'expose pas moins quelquefois à de graves accidens. N'a-t-on pas vu la canule du trois-quarts abandonner la tunique vaginale, au moment où s'opère la réaction des parois distendues par l'injection, et le liquide irritant se répandre dans le tissu cellulaire du scrotum, et amener une horrible gangrène?

Enfin, il n'est pas nécessaire d'énumérer tous les dangers de cette opération pour établir, que, sous le rapport de l'innocuité, la méthode de M. Ricord est infiniment supérieure; mais cet avantage incontestable en compense-t-il la lenteur? Parmi les diverses observations que nous avons sous les yeux, celles que nous allons rapporter serviront peut-être à décider la question, et feront connaître les détails du traitement.

Première observation. Byjon (Jacques), reçu à l'hôpital dans le courant du mois d'octobre 1832, salle 1re, no 15, traité d'abord pour une blennorrhagie et parfaitement guéri, portait une hydrocèle enkistée du cordon, côté gauche. La tumeur avait le volume d'un gros œuf de pigeon. La teinture d'iode fut appliquée les premiers jours à un quinzième, et ne produisit qu'une légère rougeur à la peau; les jours suivans, la solution fût portée à un douzième; après la quatrième application la peau fut cautérisée, l'épiderme se sépara par follicules; le malade accusait des picotemens assez vifs, mais sans en être trop incommodé, cependant on crut devoir suspendre l'emploi de l'iode.

Le premier jour, la peau resta sèche et brunâtre; le second, une transpiration abondante marquait la place sur laquelle le résolutif avait agi, et la tumeur qui, pendant la durée du traitement avait diminué seulement d'un quart de sa grosseur, disparut entièrement trois jours après.

Deuxième observation. Cardot (Claude-Emmanuel), âgé de 30 ans, ferblantier, né à Paris. Salle 1re, lit no 3 (19 janvier.) Ce malade n'a pu fixer l'époque à laquelle sans douleur ni cause dont il puisse se souvenir, a commencé à se développer une hydrocèle volumineuse de la tunique vaginale; seulement il dit s'en être aperçu depuis dix-huit mois. La tumeur a augmenté insensiblement. Traité d'abord pour une affection vénérienne, c'est le 4 février qu'il a été mis à l'usage des applications de teinture d'iode, renouvelée deux fois par jour. *Teinture d'iode* 3 *gros pour* 4 *onces d'eau distillée.*

Jusqu'au 7, l'action du médicament paraît lente, la peau est peu cautérisée; cependant le liquide a notablement diminué, et l'épiderme commence à se séparer, mais sans douleur.

Le 10, l'épiderme se détache de plus en plus, le scrotum reste souple, le liquide diminue.

Le 15, la peau ne présente pas de marque d'une action trop vive, la dose de teinture d'iode est augmentée, 3 *gros pour* 3 *onces.* Le liquide diminue, mais la peau n'est pas cautérisée.

Le 20, l'épiderme se détache en écailles brunâtres.

Le 25, nouvelle exfoliation plus abondante. La tumeur est réduite à un quart.

Le 28, le malade éprouve de vives cuissons. Le liquide a presque entièrement disparu.

Le 2 mars, il sort guéri.

Troisième observation. Delorme (Antoine), âgé de 27 ans, terrassier, est couché Salle 1re, no 17. (12 janvier.) Ce malade fut opéré au mois de novembre 1831; par la méthode dite palliative; mais le liquide se reproduisit avec une étonnante rapidité; en quinze jours la tumeur avait repris son volume primitif.

Le 12 janvier 1833, il rentra à l'hospice avec des chancres au prépuce, un bubon au côté droit et une hydrocèle volumineuse de la tunique vaginale. Contre les chancres on a employé le traitement général, les émolliens, et plus tard la cautérisation. Le bubon a été ouvert, et paraît en voie de guérison.

Le 29 janvier on appliqua la solution de teinture d'iode sur le scrotum, mais seulement du côté de l'hydrocèle.

Le 31, la peau avait perdu sa contractilité et paraissait sèche.

Le 2 février l'épiderme commença à se détacher.

Le 4, le malade avait éprouvé dans la nuit des picotemens assez vifs; il souffre moins, mais l'épiderme est enlevé en plusieurs points; la peau est très-sensible, et paraît rouge et ridée; transpiration générale et abondante. La surface sur laquelle l'iode agit est très-humide : le liquide a beaucoup diminué.

Le 4, même état; la tumeur n'offre plus que la moitié de son volume premier. Le malade éprouve des picotemens vifs au moment des applications d'iode, mais qui disparaissent après quelques minutes. Les chancres sont guéris.

Le 5, la peau est sèche, le cordon un peu gonflé, mais sans douleur.

Le 9, le scrotum est très-sensible; le malade ne peut laisser la teinture d'iode que peu de temps : à peu près une heure. La peau est très-rouge; on place des compresses imbibées d'eau blanche, et on exerce en même temps une légère compression.

Le 7, des portions d'épiderme se détachent par pellicules; le testicule est un peu enflé, le liquide a presque entièrement disparu. Quoique l'iode ait été appliqué uniformément, la portion supérieure de la peau du scrotum paraît avoir été cautérisée avec bien plus d'énergie que l'inférieure, qui est restée souple. On continue les applications d'eau blanche.

Le 10, même état. Les parties ne sont plus doulou-

reuses, quoique le malade marche beaucoup, étant chargé de porter l'appareil des pansemens.

Le 14, on reprend les applications d'iode; la tumeur est à peine sensible.

Le 17, la solution, du douzième est portée au huitième.

Le 18, cautérisation assez vive, de nouvelles écailles brunâtres se détachent; on ne sent plus de liquide. Les applications sont suspendues.

Le 21, la peau est souple, sans douleur.

Le 30, le malade sort radicalement guéri. Il s'est présenté à la consultation plusieurs mois après, et M. Ricord a pu s'assurer que la cure était parfaite.

J. J. Rattier.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

—

LEÇONS DE M. ANDRAL.

—

DE L'ACRODYNIE (ÉPIDÉMIE DE PARIS.)

Cette épidémie récente, qui a débuté à Paris il y a quatre ans, et était inconnue jusque-là dans le monde, a reparu deux ans de suite et duré plusieurs mois, principalement au printemps et en été. Elle a atteint une très-grande partie de la population de Paris. Ses traits saillans et caractéristiques étaient une douleur d'un caractère particulier et plus ou moins vive, aux mains et aux pieds, d'où elle s'étendait quelquefois aux autres parties; c'est ce qui lui a fait donner le nom d'*acrodynie*.

Cette épidémie étrange n'a aucune analogie avec celles que l'on avait décrites jusqu'alors. Elle a paru subitement à Paris sans cause connue, et au bout de quelques mois a disparu également sans cause; et, autant que je puis le croire, elle n'est plus revenue depuis, soit comme épidémie, soit sous forme sporadique, si l'on excepte un seul cas d'un jeune homme qui, il y a cinq mois, fut reçu pour cette maladie à la Pitié.

J'ai déjà indiqué la nature des principaux symptômes. Les malades comparaient la douleur qu'ils ressentaient à celle que produirait un grand nombre d'épingles que l'on enfoncerait dans la chair. Chez beaucoup de sujets elle acquérait un tel degré d'acuité, que le toucher seul était pour eux une torture, que la marche leur était impossible, et par conséquent ils étaient forcés de garder le lit. Après un temps plus ou moins long la douleur diminuait habituellement, mais la peau avait perdu beaucoup de sa sensibilité naturelle.

D'autres phénomènes survenaient aussi. La peau des mains et des pieds devenait rouge, l'épiderme se détachait par larges plaques, et l'on a vu des cas où il s'enlevait en entier, en conservant la forme de la main ou du pied, comme un gant ou un chausson. La matière colorante de la peau était aussi sécrétée en plus grande abondance, et était altérée. La peau se couvrait de taches brunes ou noirs de distance en distance, ou même dans une grande étendue; et dans un cas que j'ai observé, où cette douleur spéciale s'était étendue des mains et des pieds partout le corps, les tégumens abdominaux avaient pris en quelques endroits la couleur noire du corps d'un nègre. Il n'était pas rare d'observer en même temps une affection marquée des muqueuses. Ces accidens survenaient à diverses époques; quelquefois au commencement, quelquefois à un degré avancé de la maladie. Beaucoup de sujets se plaignaient d'anorexie; la langue était blanche; des vomissemens et quelquefois la diarrhée survenaient. Les symptômes même, surtout au début de l'épidémie, imitaient tellement ceux d'un empoisonnement par un poison irritant, que quelquefois ils excitaient des soupçons. Néanmoins, ces dérangemens des organes digestifs étaient loin de s'observer d'une manière générale. Chez beaucoup de personnes, l'appétit seul était dérangé, et dans la majorité des cas il n'y avait aucun cas de ce genre.

Nous sommes donc autorisé à conclure que la cause de la maladie n'était pas dans la muqueuse intestinale, et que le trouble occasionnel de ses fonctions n'était qu'un simple effet de l'épidémie. La douleur nerveuse vague de la tête était un phénomène constant et essentiel. Les autres n'étaient que de purs accidens, indignes de fixer l'attention sous le rapport de la cause et de la nature de l'épidémie. Quant à cette cause, il faut avouer que dans ce cas comme dans le plus grand nombre des épidémies, elle échappe tout-à-fait à nos moyens d'investigation.

L'acrodynie telle que nous venons de la décrire, a régné à Paris pendant deux printemps et deux étés consécutifs, ayant disparu dans l'intervalle, c'est-à-dire pendant les mois d'automne et d'hiver. Au troisième printemps, une autre épidémie, *la grippe*, prit sa place, et attaqua une grande partie de la population. Enfin, pendant le quatrième printemps, l'épouvantable choléra est survenu, et a causé une mortalité effrayante. Le cinquième printemps ne mérite pas moins notre attention: la grippe a encore reparu.

La durée des symptômes de l'acrodynie varie, selon les individus qu'elle affecte, de quelques jours à plusieurs mois. Sous le rapport de la gravité, cette maladie est peu dangereuse, car la mort n'a jamais été la suite de l'acrodynie *seule*. Elle a pourtant occasioné beaucoup de malheur dans la classe ouvrière, en mettant souvent les sujets dans l'impossibilité de travailler pendant long-temps. Comme le choléra, elle a affecté une grande prédilection pour certains quartiers de la ville surchargés d'habitans, tels que les faubourgs Saint-Marceau et Saint-Denis, la rue des Lombards, la Cité, etc. La place Maubert à fourni aussi beaucoup de malades.

Cependant une quantité à peu près égale a été observée dans les quartiers aérés et habités par une classe aisée. La rue des Petits-Augustins, dans le quartier Saint-Germain, a été par exemple, particulièrement ravagée. La caserne de *l'Ave Maria* a eu beaucoup de

malades. Dans tous ces points pourtant, le régime, les habits, tout en un mot était comme les années précédentes. Combien est donc vaine notre prétention à chercher dans ces conditions une explication des causes occultes de l'épidémie! Quant au mode de propagation, on a avancé bien des hypothèses, dont aucune n'a été prouvée. De ce que chaque habitant d'une maison avait été atteint, quelques personnes ont conclu que la maladie était contagieuse. Ce n'était pourtant pas là une preuve de la réalité de ce mode de transmission. Néanmoins, la non-existence de la contagion est, d'un autre côté, loin d'être prouvée, et il existe des faits qui paraissent concluans en faveur des deux opinions. Il faut donc n'admettre ni ne rejeter cette doctrine dans l'état actuel de la science.

Nous ne savons rien de positif sur la nature de la maladie. Les symptômes font présumer qu'elle a son siége dans le système nerveux, mais cette idée, vraie ou fausse, n'a nullement été confirmée par l'anatomie. J'ai fait moi-même des recherches minutieuses sur l'état du système nerveux, soit au centre, soit dans ses ramifications, chez quelques individus qui ont succombé à d'autres maladies au moment où ils étaient atteints par l'épidémie, et je suis arrivé à ce seul résultat: l'acrodynie est une de ces maladies que l'anatomie pathologique ne peut éclairer en aucune manière.

Peu de mots suffiront pour indiquer la nature et les effets du traitement. Aucune méthode n'est en effet entièrement efficace, la maladie parcourt ses périodes en dépit de tous les efforts de la médecine. Je ne saurais énumérer tous les moyens auxquels on a eu recours, mais en quelques mois nous avons épuisé bien des remèdes; nous avons vu seulement, avec satisfaction, que les malades étaient soulagés par les bains et les narcotiques.

LANCETTE DU 24.

HOPITAL DES ENFANS MALADES.

SERVICE DE MM. GUERSENT ET BLACHE.

DEUX OBSERVATIONS

D'angine tonsillaire avec embarras gastro-intestinal; traitement par les purgatifs; guérison.

Première observation.

Paillard, ouvrier ferblantier, âgé de 12 ans, d'une forte constitution, jouissant habituellement d'une bonne santé, entra à l'hôpital le 6 septembre, accusant six jours de maladie. Au début, céphalalgie, frissons suivis de chaleur, malaise général anorexie; à ces symptômes se sont joints, dès le lendemain, la douleur de gorge, la gêne de la déglutition. Le troisième jour, vomissemens répétés, persistance des autres symptômes. Aucun traitement actif n'a été mis en usage.

Le 7, à la visite du matin, céphalalgie sus-orbitaire, douleur vive de la partie latérale gauche du cou, où quelques ganglions sont engorgés; la déglutition est gênée, la voix nasillarde, les amygdales, surtout la gauche, sont le siége d'une rougeur et d'un gonflement notables; la langue est large, humide, couverte à son centre d'un enduit blanchâtre, la soif est vive, l'anorexie est complète, le ventre est souple et indolent: il y a de la constipation depuis trois jours. La peau est chaude, le pouls bat 104 fois par minute. Pas de trouble des fonctions respiratoires. *Orge oxymel 2 pots, gargarisme adoucissant, lavement avec miel de mercuriale, pédiluve savonneux; diète.*

Le 8, pouls 92; pas de changement notable dans l'état des voies digestives. *Bouillon de veau.*

Le 9, on administre *une once d'huile de ricin* dont l'ingestion est suivie de dix évacuations liquides.

Le lendemain, les évacuations ont complètement cessé, le ventre est indolent, la langue est naturelle, l'appétit assez vif. Le malade ne se plaint plus de la gorge. Le gonflement des amygdales est à peine sensible. Le pouls bat 80 fois par minute. On accorde un huitième de portion.

Le 11, le mieux se soutient; on augmente la dose des alimens et Paillard quitte l'hôpital le 12, entièrement guéri.

Deuxième observation.

Chez un malade couché au n° 17 de la même salle, la même médication a produit des effets aussi heureux. C'est un garçon de 12 ans, ouvrier bonnetier, qui, après s'être refroidi le corps étant en sueur, fut pris d'une inflammation vive des amygdales, de la luette et du voile du palais. Il était alité depuis trois jours, lorsqu'il fut transporté à l'hôpital. Comme chez le précédent, aux symptômes locaux qui révélaient l'existence de l'angine, se joignaient la céphalalgie, l'état saburral de la langue, l'anorexie et la constipation. Un purgatif administré le lendemain de son entrée, amena un notable soulagement. Le pouls qui, avant l'administration du purgatif, donnait 88 pulsations, descendit le lendemain à 64. Toutes les autres fonctions se rétablirent très-promptement. Ce malade, entré à l'hôpital le 11 septembre, en est sorti le 17.

On voit en ce moment, dans la pratique civile et dans les hôpitaux beaucoup de cas analogues. Sous l'influence des variations brusques de température, et de l'humidité qui règne depuis le commencement de septembre, il s'est manifesté un grand nombre d'angines, accompagnées de cet état des voies digestives, qui a été désigné par le nom d'embarras gastro-intestinal. Ces affections se sont montrées également rebelles à l'action des émissions sanguines, et elles ont guéri très-promptement par la méthode évacuante. On ne doit pas craindre d'y avoir recours dans les cas analogues. Nous ne sommes plus au temps où l'on accusait les évacuans de produire des inflammations gastro-intestinales.

Chez les deux malades qui font le sujet des observations précédentes, les voies digestives ont été soigneusement explorées avant et après l'ingestion des évacuans et nous avons acquis la certitude de l'innocuité du purgatif. La diarrhée artificielle provoquée par le médicament, a cessé avec son action ; et d'ailleurs la diminution de la fréquence du pouls, l'état naturel de la langue, et le rétablissement des fonctions digestives ne nous révélaient-ils pas l'intégrité de la muqueuse gastro-intestinale ?

Coqueluche simple ; pneumonie intercurrente suivie de mort au bout de cinq jours ; hépatisation d'une grande portion du parenchyme pulmonaire à droite et à gauche. Essai de la vaccine comme moyen curatif de la coqueluche.

Marius Beaufils, âgé de quatre ans, est admis à l'hôpital le 4 septembre. Cet enfant dont le père est mort des suites d'une tumeur blanche et dont la mère est sujette à tousser, paraît néanmoins jouir d'une assez forte constitution. Il a un enbonpoint assez notable, sa figure est fraîche et vermeille, et sa mère affirme qu'il a toujours joui d'une bonne santé. Vers le milieu d'août, il fut pris d'une légère bronchite ; la toux n'offrit rien de remarquable pendant les huit premiers jours; mais au bout de ce temps elle devint quinteuse; bientôt elle s'accompagna de ronflement et revint par accès qui furent suivis d'une expectoration abondante. Les quintes furent très-fréquentes la nuit. Du reste, le malade conserva de l'appétit, il n'éprouva ni vomissemens ni diarrhée. Cet état dura quinze jours environ. On n'employa aucun traitement actif.

Le 5, à la visite du matin, nous trouvons le malade assis sur son lit, l'expression de sa physionomie est naturelle. Il a eu plusieurs quintes pendant la nuit et dans la matinée ; elles sont très-caractérisées. Le pouls, compté peu de temps après la dernière quinte, bat 120 fois par minute. La peau est chaude et halitueuse. La percussion des parois thoraciques donne un son clair. L'auscultation fait entendre dans le côté droit un râle muqueux ronflant. La langue est rosée, la soif est assez vive, l'appétit n'est pas entièrement perdu, le ventre est souple et indolent, pas d'évacuation depuis son entrée. *Mauve édulcorée, julep gommeux, pédiluves savonneux ; diète.*

Le 6, le pouls est descendu à 96, la peau est fraîche, les quintes persistent, elles sont plus nombreuses la nuit que le jour, une selle naturelle ; même prescription. *Lait coupé.*

Le 7, on le vaccine. On lui fait quatre piqûres à chaque bras dans l'intention d'obtenir une éruption assez abondante, et de juger de son influence sur les succès de coqueluche.

Le 8 et le 9, il est sans fièvre, prend chaque jour du lait. La coqueluche persiste, le malade paraît néanmoins un peu plus triste que les jours précédens.

Dans la journée du 10, il tombe tout-à-coup et sans cause connue, dans un abattement profond. Il survient une dyspnée intense et une grande anxiété. Examiné dans la soirée, le pouls bat 160 fois par minute, la respiration s'est élevée à 70. Les quintes ont diminué d'intensité et de fréquence.

Le 11, la face est pâle les lèvres sont violacées ; abattement, somnolence, occlusion des paupières ; dyspnée intense, respiration suspirieuse, parole entrecoupée. Le pouls est petit et donne 132 pulsations par minute. Nous comptons dans le même temps 68 inspirations. La percussion du côté droit de la poitrine donne un son obscur. Le bruit respiratoire est presque nul dans toute l'étendue de ce côté, en arrière et latéralement. A gauche, l'expansion est moins franche que dans l'état normal. *Mauve, julep gommeux ; saignée de 6 onces, cataplasmes sinapisés aux extrémites inférieures.*

La saignée n'ayant pu être pratiquée, a été remplacée par une application de six sangsues à la partie moyenne du sternum. Le soir la face est violacée, la dyspnée persiste ; 150 pulsations, 66 inspirations.

Le 12, décubitus dorsal, abattement profond, somnolence, résolution des membres, orthopnée. Matité et souffle tubaire à droite en arrière, et latéralement, son obscur et expansion faible a gauche, inférieurement ; lèvres sèches encroûtées, langue pâle, privée de son humidité, soif vive, ventre indolent, pas de vomissemens ni de diarrhée. Peau ordinairement chaude, pouls à 156, respiration à 72. Pas de quintes de coqueluche depuis deux jours. *Deux ventouses scarifiées à droite et à gauche, en arrière.*

Le 13, le malade est moins abattu ; il ouvre les yeux, répond à quelques questions qu'on lui adresse ; la toux revient ; elle est sèche et quinteuse, mais ne s'accompagne pas de sifflement, et n'est pas suivie d'expectoration. L'auscultation fait entendre à droite quelques bulles de râle crépitant. La matité et le souffle tubaire persistent toujours à droite. Le pouls est descendu à 140 ; il est fort élevé. La peau s'est réchauffée, la dyspnée est moins intense (48 inspirations par minute). Quatre sangsues sur le côté droit en arrière.

Dans la nuit du 13 au 14, il survient du délire et une grande anxiété.

Le 14, nouvelle exaspération des symptômes ; peau chaude et sèche, 144 pulsations ; prostration des forces; teinte violacée de la face, orthopnée ; lèvres et langue sèches, une évacuation liquide ; souffle tubaire à droite et à gauche. Son mat, surtout à droite. *Sinapismes aux membres inférieurs ; vésicatoires aux cuisses.*

Cet état persiste jusqu'à la nuit pendant laquelle le malade s'éteint.

Nécropsie 36 heures après la mort.

Cavité crânienne. Les vaisseaux des méninges et de la périphérie du cerveau sont notablement injectés. Du reste, la substance centrale ne présente aucune altération appréciable ; elle n'est ni ramollie, ni indurée. La coloration est normale. Les ventricules contiennent environ une cuillerée de sérosité limpide. La protubérance annulaire et le cervelet sont à l'état sain.

Cou et cavité thoracique. La muqueuse du larynx est pâle ; celle de la trachée-artère et des bronches offre une rougeur peu vive et par plaques. Du reste elle n'est ni épaissie, ni ramollie. Les ganglions bronchiques sont

notablement hypertrophiés, quelques-uns sont transformés en masses tuberculeuses. Les nerfs pneumo-gastriques, examinés depuis leur sortie du crâne jusque dans leurs dernières ramifications, n'offrent pas d'altération appréciable. Nous remarquerons seulement que le nerf pneumo-gastrique gauche traverse un ganglion bronchique tuberculeux. Mais dans ce point, le cordon nerveux n'offre ni coloration anormale, ni atrophie, ni aucune espèce de dégénération. Il n'existe aucune adhérence des plèvres. Les lobes supérieur et inférieur du poumon droit sont hépatisés en rouge dans leur presque totalité; ils se précipitent au fond de l'eau. Le lobe moyen est crépitant, le lobe superieur gauche est perméable à l'air. Splénisation du quart postérieur du lobe inférieur de ce côté. Le cœur et le péricarde n'offrent rien d'anormal.

Cavité abdominale. Les ganglions mésentériques présentent quelques tubercules. La muqueuse gastrique est d'un gris-rosé, et offre partout une bonne consistance. La muqueuse intestinale est pâle; les plaques de Peyer sont assez saillantes, mais elles sont pâles comme le reste de la muqueuse. Le foie, la rate et les reins ne présentent pas d'altération.

Réflexions.

Lorsque le malade fut soumis à notre observation, nous étions loin de prévoir une terminaison si prompte et si fâcheuse. La coqueluche était simple, ou compliquée tout au plus d'une légère inflammation des bronches du côté droit, dont le râle muqueux révélait l'existence. Dans l'intervalle des quintes, le malade était assis sur son lit; il causait avec ses voisins; sa figure était fraîche et vermeille, ses traits étaient épanouis; le pouls n'offrait pas une notable fréquence; la peau était de chaleur naturelle. Comme il n'avait pas été vacciné, et qu'il était arrivé à cette période de la coqueluche où cette affection est, selon quelques observateurs, heureusement modifiée par l'éruption vaccinale, on pratiqua la vaccination. Rien de particulier ne se manifesta pendant les deux jours qui suivirent cette opération, quand tout-à-coup et sans cause connue, il survint un grand changement dans l'état du malade. Une dyspnée intense se manifeste, le pouls acquiert une notable accélération, la face devient bleuâtre, les quintes de toux sont étouffées. La poitrine, qui paraissait être le point de départ de l'affection intercurrente, fut explorée avec soin, et l'auscultation nous révéla l'existence d'un engouement pulmonaire, qui fut combattu par un traitement antiphlogistique actif, mais rien ne put arrêter les progrès de cette inflammation, qui ne tarda pas à envahir les deux poumons, et qui marcha avec une effrayante rapidité. Sous l'influence du traitement, une amélioration légère eut lieu le 13; mais cet amendement ne fut pas durable, et dans la même journée il survint une récrudescence qui amena la mort.

Nous ne conclurons rien de ce fait relativement à l'influence de la vaccine sur la coqueluche. Les quintes diminuèrent, il est vrai, d'intensité et de fréquence, mais cette diminution coïncida avec l'apparition de la phlegmasie pulmonaire, qui a presque toujours pour effet d'étouffer les quintes, comme nous avons pu nous en convaincre dans plusieurs cas analogues. M. Blache a trouvé occasion de vacciner quelques enfans pendant le cours de la coqueluche. Dans un cas il a vu cette dernière affection disparaître sous l'influence de la vaccine. Cette observation est relative à un enfant de deux ans environ, qui était affecté d'une coqueluche des plus intenses. La veille du jour où il fut vacciné, la mère avait compté dix-huit quintes durant la nuit. Huit jours après l'opération de la vaccine, la coqueluche avait complètement disparu. L'éruption vaccinale fut abondante, de nombreuses piqûres furent faites soit sur les membres, soit sur le tronc; l'éruption marcha d'une manière régulière, et n'occasiona à l'enfant aucun malaise appréciable.

Est-il nécessaire d'appeler l'attention sur l'absence des lésions des nerfs pneumo-gastriques dans ce nouveau cas de coqueluche? Mais toutes les recherches que nous avons faites sur les cerveaux des enfans morts de coqueluche, nous ont conduit au même résultat. M Guersent a toujours trouvé ces nerfs exempts d'altération. Les recherches nécroscopiques de Billard confirment sur ce point celles de M. Guersent et les nôtres.

LANCETTE DU 26.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

OPÉRATIONS DE LITHOTRIPSIE,

Par M. Leroy-d'Étioless.

Deux opérations de broiement ont été pratiquées il y a un mois dans cet hôpital par M. Leroy-d'Etioles; elles ont été remarquables, non par le volume des pierres et par les difficultés, mais par la diversité des procédés que, sur la demande des assistans, l'opérateur a mis en usage. Ainsi l'éclatement par le foret à développement, l'écrasement par percussion avec le percuteur, par pression avec le même instrument, l'écrasement avec le brise-pierre articulé de M. Jacobson, ont été successivement appliqués, et ont fait pour ainsi dire de ces deux cas un cours pratique de lithotripsie.

Bertrand, le premier des deux malades, âgé de 43 ans, blanchisseur, demeurant rue St-Dominique au Gros-Caillon, a dit éprouver depuis vingt-cinq ans les douleurs de la pierre; cependant le calcul n'avait pas plus d'un pouce de diamètre, et la vessie ne paraissait point avoir été altérée par un contact aussi prolongé, car l'urine était claire et ne laissait déposer que très-peu de mucosités. Ce fait, ainsi que plusieurs autres, montre que l'accroissement de la pierre n'a pas toujours lieu en raison de la durée de la maladie; que cette concrétion peut rester stationnaire pendant un temps très-long sans produire de catarrhe vésical, lorsque les malades sont jeunes et bien constitués. Deux malades opérés il y a quelques années à l'hôpital St-Côme par M. Leroy, nous en ont offert l'exemple.

Tous deux avaient 22 ou 23 ans, et portaient la pierre depuis leur enfance, sans que la vessie eût été altérée par sa présence. Ces deux calculs étaient formés par de l'oxalate de chaux; chez notre malade il était d'acide urique fort dur.

Dans une première séance, la pierre fut saisie avec la pince à trois branches, perforée avec un foret à ailes, et mise en morceaux par le développement des ailes, agissant comme un coin. Plusieurs des plus gros fragmens furent saisis, perforés et éclatés immédiatement de la même manière. Dans la seconde séance, ces fragmens furent saisis et écrasés avec le brise-pierre articulé de M. Jacobson. La troisième séance fut employée à faire, avec la pince à trois branches, une exploration qui prouva que la vessie était complètement débarrassée.

Bertrand, lors de son entrée à l'hôpital, et pendant tout son séjour, était plongé dans un état de tristesse et d'anxiété extrêmes, qui ne cessèrent que lorsque sa guérison lui fut annoncée. Une affection morale aussi profonde faisait concevoir quelques craintes qui heureusement ne se sont pas réalisées, mais il est probable que si le traitement et le séjour de l'hôpital eussent été plus longs, cet homme eût été pris de quelqu'affection grave. Un accès complet de fièvre eut lieu après la première séance, et ne se renouvela plus. Il n'est pas rare de voir un accès de fièvre survenir ainsi, lorsque pour la première fois on porte des instrumens, une bougie même dans la vessie, et ne plus avoir lieu après les opérations plus graves qui suivent.

Le 2e, Vaudin, âgé de 52 ans, journalier à Massy, ressentait depuis 2 ou 3 ans seulement les douleurs de la pierre, et cependant cette concrétion était plus volumineuse que celle du premier malade; elle avait seize à dix-sept lignes de diamètre, la vessie, comme dans le cas précédent, était saine, point trop sensible, et pouvait recevoir huit à dix onces d'injection. Dans la première séance la pierre fut saisie avec la pince à trois branches, et mise immédiatement en morceaux au moyen de l'*éclatement*. Deux des fragmens les plus gros furent brisés ensuite par le même procédé. Dans les seconde et troisième séances le percuteur courbe fut mis en usage, et un grand nombre de fragmens fut mis en poudre par percussion. Dans la quatrième séance, le même brise-pierre à coulisse fut appliqué, mais l'écrasement fut opéré par la pression d'un écrou à ailes, que plusieurs personnes ont mal à propos appelé volant. Dans une cinquième séance, que l'on pensait devoir être seulement exploratrice, plusieurs fragmens furent saisis avec une petite pince à trois branches, et brisés par la percussion sur le bout extérieur du foret.

Enfin, dans une sixième séance, et pour prouver que des fragmens, même fort petits, peuvent être saisis avec le brise-pierre articulé de M. Jacobson, les derniers débris de la pierre furent pulvérisés avec cet instrument. Trois fragmens assez gros s'arrêtèrent dans la fosse naviculaire; après la deuxième et la troisième séances l'un d'eux fut extrait par M. Roux; les deux autres furent brisés dans le canal par M. Leroy qui, pour cet usage, emploie une petite pince à trois branches, terminées non par des crochets mais par des renflemens taillés en biseau en dedans, de manière à représenter à peu près la réunion du pouce du médius et de l'indicateur, lorsque l'on saisit un corps de peu de volume avec les extrémités de ces doigts. L'écrasement s'opère par la percussion sur l'extrémité externe du foret. L'absence presque complète de la douleur chez ces deux malades, la promptitude et la facilité avec lesquelles les pierres et leurs fragmens ont été saisis avec tous les instrumens qui ont été mis en usage, rendraient assez difficile la préférence à donner à l'emploi de l'un d'eux. Cependant M. Leroy convient qu'il existe entre ces instrumens une grande différence sous le rapport de la manœuvre: le plus simple et le plus facile lui paraît être le percuteur; celui qui, au contraire, demande le plus d'habitude et de précautions est la pince à trois branches: quant à la rapidité de l'écrasement et à la puissance d'action, le percuteur l'emporte sur tous. La pression, au lieu de la percussion appliquée au même instrument, semble avoir des avantages en ce qu'elle évite l'emploi d'un étais et d'un point fixe; mais, lorsque la pierre est dure et volumineuse, ou bien cette force est insuffisante pour briser la pierre, ou bien elle est supérieure à la résistance de l'instrument.

L'idée première de l'écrasement par la pression toujours croissante d'une vis et d'un écrou, appartient à M. Leroy-d'Étioles, qui, dès 1823, l'a mise en usage dans sa pince à écraser les fragmens représentés dans la planche 2 de son ouvrage intitulé: *Exposé des procédés employés jusqu'à ce jour pour guérir de la pierre, sans pratiquer l'opération de la taille.* Ce mode d'écrasement a été ensuite l'objet des essais de MM. Rigal, Amussat; il se retrouve dans le brise-pierre si ingénieux de M. Jacobson; enfin il a été appliqué au percuteur de M. Heurteloup, par MM. Tousez, Clot-Bey, Amussat, Sir Henri, Segalas. Celle de ces modifications et sous-modifications (car ici nous arrivons aux infiniment petits) qui semble le plus convenablement combinée avec le percuteur, paraît être à M. Leroy celle de M. Tousez, en ce qu'elle gêne moins qu'aucune autre les manœuvres de l'instrument.

Le brise-pierre articulé de M. Jacobson nous a semblé très-convenable pour écraser les petites pierres et les fragmens; la manœuvre en est simple et innocente. Appliqué *sur quinze* malades par M. Leroy, il a réussi quatorze fois, et son application n'a jamais été suivie de mort, du moins entre les mains de ce praticien. Un inconvénient grave nous a frappé dans la disposition primitive de cet instrument, c'est son engouement par le détritus, qui fait qu'à la sortie il présente beaucoup plus de volume qu'à son entrée: pour faire disparaître ce défaut grave M. Leroy a disposé une sorte de petit rateau au moyen duquel le brise-pierre est sûrement débarrassé de la pâte pierreuse, qui s'opposerait au rapprochement complet de ses branches. Une autre modification du même praticien a pour objet d'assurer l'extraction de l'instrument dans le cas de rupture.

—

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

—

LEÇONS DE M. ANDRAL.

—

DES CONVULSIONS.

Les causes des convulsions doivent être étudiées avec soin, car le traitement doit varier avec elles, et si on ne les connaît pas on ne peut jamais être assuré du succès des médications; parmi les causes, celles qui prédisposent à la maladie, telles que la différence des âges, doivent être notées. Les jeunes enfans sont en effet bien plus exposés aux convulsions que ceux d'un âge plus avancé: ceux-ci plus que les adultes, les adultes plus que les vieillards. Les convulsions peuvent se déclarer chez des individus jouissant d'une santé complète en apparence, n'être que passagers, et disparaître sans laisser aucune trace de leur existence. Certaines dispositions générales du corps et surtout un état spécial du système nerveux, offrent aussi une susceptibilité particulière à cet égard. Sans parler de l'influence héréditaire qui est manifeste dans bien des familles, on observe, en général, que chez les enfans les plus disposés aux convulsions, la tête est volumineuse; ils se font remarquer par une excitabilité extrême, soit organique, soit intellectuelle; la peau est souvent très-fine et blanche, le système musculaire peu développé; les yeux hagards et errant d'objets en objets; ils ont des tremblemens fréquens; ils dorment peu et s'éveillent souvent en sursaut; ils ont des rêves effrayans et qui leur font pousser des cris de terreur; leur aspect est souvent pénible, leur teint est changeant, leur figure rougit et pâlit en quelques minutes, ou de pâle devient rouge, et ces changemens semblent correspondre avec des degrés divers et changeans de congestion cérébrale. En même temps l'état des organes digestifs varie; tantôt en pleine santé, tantôt ils éprouvent à un degré très-marqué de la dyspnée, des vomissemens, de la langueur ou du relâchement dans les intestins. Outre la disposition très-grande aux convulsions qu'éprouvent les enfans d'une constitution nerveuse, il est aussi d'autres influences qui en favorisent le développement. Les maladies aiguës laissent souvent après elles cette susceptibilité. Les émotions fortes, telles que la frayeur, la colère, la jalousie, produisent les mêmes effets. L'imitation involontaire n'est pas moins puissante; personne n'ignore qu'elle a souvent déterminé des convulsions; et ce qui est encore plus curieux, c'est que l'imitation volontaire, ou l'action de se moquer des maladies convulsives a, dans plusieurs circonstances, produit le développement de la même maladie.

On s'est demandé si les émotions éprouvées par la mère pendant la grossesse, pouvaient devenir pour l'enfant des causes prédisposantes aux convulsions. Je dois dire que le fait est loin d'être prouvé, mais que cependant certains circonstances paraissent le confirmer. En effet, indépendamment de toute influence héréditaire, il est assez extraordinaire que dans quelques familles, où le père et la mère ont été complètement exempts de maladies convulsives, tous les enfans meurent de convulsions. Il serait bon, il est vrai, de savoir, dans ces cas, jusqu'à quel point l'imitation de la maladie du premier enfant a pu influer sur celle des autres. Un accès de convulsions semble aussi en annoncer le retour, et plus la maladie revient souvent, plus on doit en craindre la réapparition prochaine.

Chez quelques sujets particulièrement disposés, et chez lesquels une douleur légère agit comme un excitant puissant du désordre des contractions musculaires, la moindre irritation produit cet effet; on en sera peu surpris si on se rappelle les symptômes d'une violence extraordinaire que l'on voit déterminés par l'administration de doses minimes de certains médicamens. Il y a peu de jours encore, par exemple, qu'un lavement de doux onces de liquide contenant un demi-gros de diascordium (préparation qui, à cette dose, contient un grain d'opium) a produit tous les symptômes d'un violent narcotisme chez un jeune phthisique. Il n'y a pas long-temps, un autre malade, auquel on avait prescrit un grain de kermès divisé en douze prises, eut, à mon grand étonnement, *douze selles*.

L'état électrique de l'atmosphère, à l'approche d'un orage, a suffi souvent pour produire un accès convulsif. Diverses blessures dans lesquelles des filets nerveux sont intéressés, produisent souvent le même effet. Il en est de même de certaines dispositions des organes digestifs. L'influence puissante de la dentition est incontestable, ainsi que celle des inflammations de la muqueuse intestinale. La présence de corps étrangers dans le canal alimentaire, l'altération des sécrétions bilieuse et muqueuse, et l'accumulation des matières fécales dans les intestins ont aussi le même résultat. J'ai vu un fait de ce genre; c'était un enfant de neuf ans, qui, sans cause connue, fut pris de convulsions. Le septième jour on s'aperçut que son ventre était plein et tendu, et que depuis ce temps il n'avait point rendu de matières. Un purgatif fut aussitôt donné, et l'enfant se rétablit complètement. D'un autre côté, l'usage inconsidéré de purgatifs a été quelquefois la cause déterminante des convulsions. Dans le fait, toute impression particulière sur la membrane muqueuse peut produire le même effet. Quant à l'influence des vers sur le développement de cette maladie, l'observation en est si commune, qu'il est superflu de la noter.

L'état des fonctions principales chez les individus prédisposés, mérite aussi d'être observé.

La respiration ne présente aucun trouble certain ou invariable. Quelquefois, mais non pas toujours, elle est gênée et haletante. L'état de la circulation peut, de diverses manières, avoir de l'influence sur la production ou la marche des convulsions. L'accélération du mouvement artériel, quoiqu'artificielle, peut, si elle se prolonge long-temps, réagir sur le système nerveux et produire des convulsions. Chez les enfans, la prédisposition est si forte, qu'un simple mouvement fébrile peut les occasioner; toutes les fièvres peuvent donc être considérées comme déterminantes. Il en est de

même de certains états du sang. La plénitude seule des vaisseaux sanguins peut donner lieu aux convulsions, dans quelques cas, comme dans l'apoplexie, qui fait souvent périr les nouveau-nés.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE L'HOTEL-DIEU.

—

M. DUPUYTREN, PROFESSEUR.

—

AFFECTION

Calculeuse chez une jeune femme; taille urétro-vésicale; extraction de neuf calculs offrant chacun le volume d'une noisette; guérison.

On a proposé, dit M. Dupuytren, plusieurs méthodes pour pratiquer l'opération de la taille chez les femmes.

Au premier rang on a placé celle par la dilatation. En effet, il est aisé de conclure de la brièveté et de la structure du canal de l'urètre ainsi que des parties voisines, que beaucoup de calculs, avant d'être arrivés à un grand volume, peuvent être rendus avec les urines; que beaucoup d'autres peuvent être extraits à l'aide d'une dilatation médiocre du canal de l'urètre et du col de la vessie; aussi la méthode d'extraire les calculs chez les femmes par la dilatation, a-t-elle joui et jouit-elle encore d'une grande faveur auprès de quelques praticiens.

La dilatation peut être opérée lentement ou rapidement.. Lentement, à l'aide de bougies, de canules de gomme élastique, d'éponges préparées, et dont le volume grossi de jour en jour, donne peu à peu au canal de l'urètre un calibre qui permette à la vessie de se débarrasser spontanément de ses calculs, ou bien à l'art de les extraire.

Avons-nous besoin, dit M. Dupuytren, de vous faire observer en cette occasion que cette méthode, en faveur de laquelle on peut sans doute citer des exemples de succès, ne peut réussir que dans le cas de calculs médiocres; que l'emploi des moyens qui la constituent entraîne des longueurs, des incommodités et même des douleurs insupportables; que leur effet n'est rien moins qu'assuré, et que le canal de l'urètre et le col de la vessie, pour avoir été dilatés lentement ne perdent pas moins pour cela leur ressort dans plusieurs cas? De là l'incontinence d'urine, infirmité dégoutante, fâcheuse et communément incurable chez les femmes de l'âge de la malade dont nous allons rapporter l'histoire.

Carlu (Marie-Joséphine) âgée de 29 ans, journalière, demeurant à Villette, près Mantes (Seine-et-Oise), entra à l'Hôtel-Dieu le 7 septembre dernier.

Cette femme, qui est d'un tempérament lymphatique, d'une assez bonne constitution, accuse deux ans de maladie; elle était atteinte de calculs dans la vessie, lesquels ne l'ont empêché ni de concevoir, ni d'accoucher d'un gros garçon, qui est aujourd'hui âgé de sept ans.

Les signes rationels de la pierre étaient chez cette malade, une difficulté assez grande de rendre ses urines, qui étaient souvent excrétées goutte à goutte, et en petite quantité; d'autres fois elles sortaient à plein canal, puis s'arrêtaient tout-à-coup. La malade éprouvait dans la vessie des douleurs cuisantes.

Une première fois elle s'adressa au médecin de son village, qui lui conseilla de venir se faire opérer à Paris. Elle se présenta donc à l'Hôtel-Dieu, où elle fut reçue et couchée au n° 37 de la salle St.-Jean.

Lorsque M. Dupuytren sonda cette femme pour la première fois, l'instrument ayant glissé facilement et pendant quelques instans sur la surface d'un calcul, le professeur annonça que cette pierre était lisse et assez volumineuse, et dit que pour obtenir la cure radicale de cette affection, il fallait décider la malade à l'opération de la lithotomie; qu'elle seule pouvait enlever la cause de la maladie et faire disparaître les accidens.

Cette femme fut bientôt décidée et préparée, et enfin soumise à l'opération le 11 septembre.

Située sur un lit d'opération, les cuisses et les jambes fléchies, écartées et tenues par deux aides, le bassin fixé par un troisième, l'existence d'un calcul fut difficilement constatée à cet instant, et M. Dupuytren crut devoir attribuer ce petit incident à la disposition de la vessie qui, chez la femme, a la forme d'un *baril*.

Enfin, l'extrémité d'un lithotome caché fut introduite dans le canal de l'urètre, sa convexité en arrière et sa concavité en avant. L'instrument arrivé dans la vessie, son tranchant fut dirigé vers la symphise, et sa bascule, placée vis à vis le n° 6, ayant été pressée, il fut retiré de la vessie dans une direction horizontale; de cette manière le col de cet organe et le canal de l'urètre furent incisés assez profondément pour que l'introduction du doigt indicateur n'éprouvât aucun obstacle.

La tenette ayant été introduite à la place du doigt, le calcul fut cherché, saisi et amené à l'ouverture du col de la vessie. L'examen de ce premier calcul indiqua qu'il y en avait d'autres. Il était lisse, légèrement aplati avec des pressions ou facettes assez marquées, et qui étaient dues au frottement continu que ces calculs avaient fait les uns sur les autres. On sait que lorsque la vessie contient plusieurs calculs, ils forment par ce frottement réciproque une sorte d'articulation dont les saillies de l'un correspondent parfaitement aux dépressions de l'autre. Neuf pierres fut extraites successivement de la même manière (1). La malade ne perdit pas une palette de sang, et fut reconduite

---

(1) Cette femme a dit en avoir rendu une première chez elle par les urines; ce calcul est entre les mains du médecin de son pays, et porte le nombre des pierres à dix.

à son lit. Un bain qui lui fut donné immédiatement s'opposa au développement des accidens inflammatoires. Le professeur recommanda, s'il survenait quelques complications dans la journée, de lui pratiquer une saignée, ou de lui appliquer des sangsues. On n'eut pas besoin d'avoir recours à ces moyens. La malade reposa quelques heures pendant la nuit qui suivit le jour de son opération, un léger écoulement de sang fut arrêté par la seule levée de l'appareil; et, chose assez remarquable, elle conserva constamment la liberté de rendre ses urines à volonté. Le jeudi suivant, deux jours après l'opération, cette jeune femme était dans l'état le plus satisfaisant. Son visage n'était plus coloré, la fièvre était tombée, pas de coliques, nulle douleur; le ventre, la région hypogastrique, pouvaient être palpés impunément. L'appétit s'était fait sentir.

Enfin, aujourd'hui lundi, quatorze jours après l'opération, cette malade est entièrement guérie, et sortira demain pour retourner dans son pays.

SUR LES FISSURES

De l'anus avec resserrement du sphincter;

Par M. le docteur Miquel, d'Amboise.

M. Boyer, qui le premier a parlé des fissures de l'anus avec resserrement du sphincter, a conseillé l'incision de ce muscle comme seul moyen de guérison; depuis on a vanté les applications d'extrait de belladonne, plus tard d'autres extraits narcotiques unis à l'extrait de saturne ont été également préconisés. Si je m'étais pressé, il y a deux ans que j'aurais prôné avec engouement l'heureux effet des attouchemens avec le nitrate d'argent fondu; aujourd'hui M. Gossement nous propose de pincer un sixième de la circonférence de l'anus, et des manœuvres propres à dilater le sphincter ailleurs que vers le point malade, chaque fois que le malade se présente sur le siége. Un seul fait, que je vais raconter un peu longuement, donnera, je crois, quelques éclaircissemens sur le mode de formation des fissures, sur la cause du resserrement du sphincter, et enfin sur le cas qu'on doit faire des divers moyens de traitement.

M. Clément se croyait hémorrhoïdaire depuis longtemps, et les divers médecins qu'il avait consultés l'avaient toujours traité comme tel. Ses souffrances étant devenues plus aiguës que de coutume, il me fit appeler. Je vis à la marge de l'anus deux petites tumeurs très-douloureuses; je fis faire des applications d'un mélange d'huile camphrée 4 onces, extrait de saturne 2 gros, opium de Rousseau 1 gros. Ces applications ne soulagèrent que peu à peu et incomplètement.

Cinq mois après M. Clément souffrait toujours beaucoup; il me dit qu'il avait essayé en vain beaucoup d'autres remèdes que le mien. Il avait soin de se faire aller à la selle tous les matins par un lavement. A cette heure ses souffrances devenaient bien plus fortes, puis décroissaient jusqu'à ce que le besoin d'aller se fît sentir de nouveau. L'idée d'une fissure me vint, j'examinai de nouveau l'anus; la tumeur, située à droite et postérieurement, était grosse comme une cerise et très-douloureuse; celle située à gauche et en avant, qui était bien moins grosse, n'était pas douloureuse; la première était sillonnée dans toute sa longueur par un ulcère long, profond et à fond grisâtre : je ne pus voir son extrémité supérieure, je ne trouvai pas d'ulcère du côté opposé que j'examinai assez légèrement, pour que le malade n'y accusât aucune douleur.

Je fis faire des introductions de mèches enduites d'extrait de belladone; ce moyen, mis en usage pendant trois jours, soulagea aussi peu que le premier liniment. Trois ans auparavant, j'avais eu occasion de soigner deux jeunes nouvelles accouchées, de fissures : chez chacune d'elles il avait suffit de faire deux applications de nitrate d'argent fondu en 48 heures, l'une et l'autre avaient été guéries en six jours, je voulus en essayer encore cette fois, avant de recourir au moyen de M. Boyer. Je fis des applications de nitrate tous les deux jours, alternativement sur le fond et les bords de l'ulcère : les premières étaient fort douloureuses, les autres ne l'étaient presque pas. Après dix jours, l'ulcère avait un bon aspect, la douleur était bien moindre, la cicatrice commençait à se faire par l'angle cutané; le sphincter se dilatait plus facilement, et je pouvais voir l'angle supérieur de la fissure; qui était terminé en cul-de-sac par le fait de la séparation de la membrane de celle musculaire.

Je continuai ainsi ces applications pendant un mois : la cicatrice était de six lignes, la plaie en avait encore cinq, mais elle paraissait ne plus marcher bien, ce que j'attribuai au petit décollement de la membrane muqueuse, je la coupai et touchai encore avec le nitrate, mais trois jours après le cul-de-sac s'était fermé de nouveau. Des affaires empêchèrent M. Clément de se soumettre à l'incision, et, pendant ce temps, je continuai les attouchemens, la cicatrice se faisait, mais bien lentement; la douleur était presque nulle; mon malade montait à cheval sans trop de gêne, ce ce qui m'encourageait à continuer; je crus m'apercevoir que les tractions que je faisais faire pour mettre le fond de la plaie à découvert, entretenaient ce décollement. Je portai alors le nitrate dans une canule, mais en la retirant elle toucha, par sa face non garnie de nitrate, sur la tumeur opposée, et produisit beaucoup de douleur; j'examinai avec soin et j'y trouvai un petit ulcère, assez haut placé, large d'une ligne et demie, irrégulier, semblable en tout à ceux qui siégent sur la membrane muqueuse buccale; il paraissait long lorsqu'on ne déplissait pas complètement la muqueuse; je fis deux applications de nitrate en trois jours, et le cinquième jour il n'y avait pas trace d'ulcération, un petit point violacé indiquait la place qu'il avait occupée.

Il ne restait plus de douleur à l'anus; seulement la petite plaie ne guérissait pas; je pris un crin doublé que je portai sous ses bords latéraux, et je pus me con-

vaincre qu'ils étaient roulés sur eux-mêmes, que la solution de continuité qui paraissait longue de trois lignes et large d'une et demie, l'était de six ou huit.

L'incision fut décidée et pratiquée, deux jours après, dans le voisinage de la fissure qui était trop près de la ligne médiane, j'eus soin de la faire plus haute que l'ulcération qui était assez élevée.

Le sang qui coula au moment de l'opération, puis le gonflement qui survint m'empêchèrent de voir ce qui se passait dans la coupure et dans la fissure; mais le troisième jour, je constatai que les bords de l'incision avaient une tendance extraordinaire à se rouler sur eux-mêmes par la rétraction des extrémités divisées du sphincter, que cela produisait une phénomène analogue à celui de la fissure avant l'opération. Quant à cette dernière, le bouton du stylet un peu gros l'aurait complètement couverte, ce n'était plus qu'un petit pertuis qui remplaçait l'ancien cul-de-sac; les bords roulés n'existaient plus, ils formaient seulement deux petites crêtes, et donnaient à la cicatrice la forme d'une gouttière. Du quinze au seizième jour tout était cicatrisé, excepté un petit coin de la plaie de la peau, où il y avait un petit bourgeon charnu que je cautérisai.

Le 26 juillet dernier, deux mois après, M. Clément vint de nouveau me consulter; ses douleurs étaient en partie revenues. J'examinai encore le siége du mal (c'était du côté opposé à l'incision, et nullement dans les parties autrefois malades); je trouvai un petit point gris, rouge à sa circonférence; il ressemblait tout-à-fait à un bouton qui commence à s'ulcérer; je le touchai avec le nitrate d'argent, et depuis ce temps M. Clément n'a plus souffert.

De ce fait, qui nous montre des fissures de tous les degrés, il est convenable de conclure, je pense, 1° que les fissures de l'anus sont d'une nature aussi identique que possible avec les aphthes qui se trouvent souvent sur les lèvres et la langue, où elles sont si douloureuses, ainsi qu'avec les ulcérations, souvent à peine perceptibles, qui siégent sur la membrane muqueuse vaginale de certaines femmes, à qui elles rendent la cohabitation excessivement douloureuse; 2° qu'elles peuvent être si peu apparentes et cachées dans les replis de la muqueuse, qu'on a pu croire qu'elles n'existaient pas, d'où l'on a conclu que la constriction du sphincter avait une toute autre cause; que ce muscle pouvait être pris d'une affection spasmodique qui ne se rencontre pour ainsi dire jamais dans les autres muscles analogues, sans une altération de la surface muqueuse correspondante; d'où l'on a conclu encore que les fissures qui étaient cause de cette contraction n'en étaient que le résultat. Voilà pour l'étiologie.

Maintenant, pour le traitement, disons que lorsque les fissures sont peu apparentes et situées assez haut pour n'être pas visibles sans des manœuvres douloureuses, il convient d'essayer les applications de belladone et autres narcotiques, seuls ou unis aux astringens, toujours utiles contre les phlegmasies subaigues de cette partie; 2° que lorsqu'elles sont assez peu avancées pour qu'on puisse les voir, et qu'elles n'ont pas dépassé la couche cellulaire, la pierre infernale est le plus efficace de tous les moyens, hors l'opération; 3° que lorsqu'il n'y a qu'un ulcère encore peu profond, les manœuvres indiquées par M. Caussement devront être essayées; mais qu'elles seront inutiles toutes les fois qu'il y a plusieurs fissures; 5° enfin quand l'ulcère est ancien et profond, que ses bords sont renversés sur la plaie, les moyens ci-dessus indiqués sont tout-à-fait inutiles; le chirurgien doit recourir de suite à l'incision; car dans l'observation qui précède, il est évident que dans le point ou le mal était trop voisin du muscle, cet organe se contractait partout, excepté dans cet endroit. Cette non-contraction écartait le fond de la plaie et rapprochait les bords, et il en devra être ainsi dans tous les cas où les fissures sont profondes.

TROIS OBSERVATIONS

De choléra algide, traité par la saignée et les boissons chaudes laudanisées à très-petites doses;

Par M. Tanchou.

M. Dufour, marchand de vin, âgé de 56 ans, demeurant rue Saint-Denis, au coin de la rue du Cigne, homme gros et vigoureux ayant eu le choléra avec des crampes, l'année dernière, me fait appeler le 24 septembre, à quatre heures du matin; il était malade depuis minuit. Hier, 23, il se portait bien, à cela près d'un petit rhume. Hier soir, à cinq heures et demie, il dîna avec un potage gras, du maquereau, une poire et quelques grains de raisin; il mangea avec appétit. A sept heures il va au café, il prend une tasse de café comme à son ordinaire. Dans la soirée, il a une garde-robe copieuse; de minuit à trois heures, il en a six; les dernières que j'ai vu sont claires, et déposent un sédiment bourbeux et blanchâtre comme de l'eau de gruau; les crampes se manifestent presque en même temps; puis il a des nausées. A quatre heures et demie, j'arrive auprès du malade; la figure est bleuâtre, autant que j'en puis juger à la lumière; les yeux sont renfoncés et ternes; tout l'individu est abattu, et tend à l'indifférence même de la mort; la voix est presqu'éteinte; la langue est nette et bleuâtre; la respiration est gênée, haute et fréquente; le ventre n'est ni tendu ni douloureux; le pouls est à peine sensible et lent, les extrémités sont froides, humides et gluantes. Le malade a, par intervalle, des crampes qui lui font pousser les hauts cris, il accuse un bouillonnement dans les jambes et dans les cuisses.

Je le saigne aussitôt, et m'applique à faire une large ouverture; le sang coule tantôt par jet, tantôt en bavant; il est très-noir. Le malade craint de se trouver mal, cependant le sang ne coule ni mieux ni plus mal. Pendant ce temps le visage se ranime; les yeux s'avivent, la respiration devient moins haute et plus facile; le pouls reste concentré : malgré cela le malade se sent mieux à mesure que le sang coule. Il me semble que le fluide est moins noir qu'au commencement de la saignée; celle-ci a duré trois quarts d'heure; j'ai pesé le sang après, il y en avait près de deux livres; la sueur s'établit. Quand je fermai la saignée, le malade éprouva

un fort accès de crampes, et le besoin d'aller à la garde-robe; j'insistai pour qu'il gardât le repos. En effet, les crampes et le besoin se calmèrent; à la suite de quelques cuillerées d'infusion de violette et de mauve; avec quelques gouttes de laudanum, les sueurs devinrent plus abondantes. Je le quittai à six heures, il se sentait bien; le pouls commençait à se relever; le malade ne sentait plus que quelques douleurs dans les jambes.

A dix heures, la sueur avait cessé par suite de l'imprudence qu'on a eu de changer le malade de linge: figure plus bleue; respiration plus gênée; nulle garde-robe, mais quelques crampes sourdes. Je suspends le laudanum, et je recommande une cuillerée à café d'esprit de mindérerus dans chaque tasse de tisane.

A deux heures, la transpiration est très-abondante. Les symptômes de cyanose sont presque tous dissipés; le malade a rendu un peu d'urine; il a soif et désire boire froid. Je permets un peu de glace après qu'il sera changé; le pouls est régulier et large.

A huit heures du soir; le mieux est très-marqué; tous les accidens se dissipent. Le malade n'a pas eu de garde-robes depuis ce matin, et n'a plus de crampes; la soif est moindre; le pouls est régulier, fréquent et bon; la respiration presque naturelle, et tout me fait prévoir une guérison sûre et prochaine.

Ce matin 25, à huit heures, M. Dufaur entre en effet en convalescence. La nuit a été bonne; il n'éprouve aucune douleur; la soif est apaisée : il se sent, dit-il, très-bien.

Deuxième observation. J'étais à peine sorti de chez moi, qu'à cinq heures du matin, on vint me chercher pour madame Desgranges, rue de Grenelle-Saint-Honoré, n° 43. Cette dame, d'une faible constitution, est malaingre depuis long-temps; elle prit, la semaine dernière, deux fois du vomitif et deux fois du purgatif de M. Leroy, qui a produit en tout une dixaine de vomissemens et une quarantaine de selles; elle prit la dernière dose dimanche, elle mangea peu de temps après, et elle eut une indigestion dans la nuit de ce jour au lundi. Hier, pendant toute la journée, la médecine, dit la malade, continua son effet. La matière d'abord jaune, devint grisâtre et blanche comme de l'eau de gruau; il survint des crampes, particulièrement dans les cuisses; les extrémités devinrent froides et les urines se supprimèrent. Je ne pus voir la malade qu'à huit heures. Ce matin, la face de cette femme m'a paru rapetissée; les yeux étaient enfoncés, la peau du visage et des mains était bleuâtre; la langue blanche et pointillée de petits points rouges; la respiration gênée; la parole entrecoupée, faible, voilée, et expirant quelquefois sur les lèvres; le ventre est plat et rétracté, nullement douloureux; le pouls est faible, irrégulier, fuyant sous le doigt et remontant vers l'aisselle; les extrémités sont encore froides. La malade dit éprouver tout ce qu'elle a observé chez sa mère, qui est morte l'année dernière du choléra. Je la saigne, le sang coule à peine, et par gouttes, puis il sort par un petit jet fréquemment interrompu, malgré toute l'attention que j'ai pu mettre à maintenir la veine et les tégumens en rapport. La malade se sent soulagée; la respiration est meilleure, on entend des borborigmes dans son ventre; elle a plusieurs rapports et nausées. A la fin de la saignée, elle me dit que son sang qui coule de temps en temps sur le bras, lui parait moins froid qu'au commencement. J'ordonne une infusion de violettes laudanisées.

A deux heures de l'après-midi, le pouls s'est relevé; les mains sont encore un peu cyanosées; la respiration est encore suspirieuse. La malade a de la tendance au sommeil, en raison sans doute de l'opium dont elle fait usage; elle n'a plus de crampes; elle transpire faiblement, puis la transpiration s'arrête : elle a toujours des borborigmes; elle a eu trois garde-robes depuis ma visite; la figure est moins altérée, et les yeux moins enfoncés. *Potion avec l'esprit de Mindérerus; frictions sèches et chaudes sur les extrémités; boisson ordinaire sans laudanum.*

A huit heures du soir, la malade est un peu mieux : elle est moins abattue; les traits sont relevés; la respiration encore gênée; les mains sont un peu froides; cependant le pouls est bon, fréquent et régulier, surtout au bras droit; elle n'a eu qu'une garde-robe depuis tantôt; elle n'a pas soif. *Cataplasme laudanisé sur le ventre; boisson ordinaire toujours tiède; un quart de lavement avec de l'eau de son et de tête de pavot.*

Ce matin à neuf heures, la malade est mieux, en ce sens que les symptômes du choléra disparaissent, mais ils semblent faire place à ceux de la phlegmasie typhoïde qui suit souvent le choléra traité par l'usage des stimulans; j'ai l'espoir de la sauver. J'ordonne : *Cataplasmes laudanisés sur le ventre, un peu de glace dans la bouche, de la limonade par gorgée.*

ANNALES

D'HYGIÈNE PUBLIQUE

ET

DE MÉDECINE LEGALE;

PAR MM. ADELON, ANDRAL, D'ARCET, BARRUEL, CHEVALLIER, DEVERGIE, ESQUIROL, GAULTIER DE CLAUBRY, KERAUDREN, LEURET, MARC, ORFILA, PARENT-DUCHATELET, VILLERMÉ.

SEPTEMBRE, 1833.

SUICIDE PAR STRANGULATION,

Observé à l'Hôtel-Dieu de Paris, chez une femme privée presque entièrement de l'usage de la main droite; par M. Rendu.

Alexis Thérèse, âgée de 45 ans, avait depuis l'âge de 10 ans cherché plusieurs fois à se détruire, et était sujette à des accès de folie : C'est mon châle, voilà mon châle, disait-elle, en voyant des personnes couvertes de ce vêtement, et lorsqu'elle entendait le tambour, c'était suivant elle la vertu des filles que l'on rappelait. Deux circonstances dont elle était très-affectée, contribuaient sans doute à exaspérer son état mental. Elle n'avait depuis son enfance que les dernières phalanges de la main droite, de plus une rétraction de l'aponévrose palmaire existant du même côté, faible pour les premiers doigts, très-forte pour l'auriculaire, réduisait à peu de chose les services que pouvait lui rendre sa main droite, et plusieurs fois elle avait été refusée par des personnes auxquelles elle s'était offerte comme domestique. Pendant les jours gras de 1833 son état s'exaspéra, et les fêtes passées, elle s'enfuit de la maison où elle servait comme domestique, pour aller, dans les plaines de Saint-Denis, s'enterrer dans du fumier. Un charretier venant charger sa voiture, la trouva presque étouffée et tourmentée d'une soif horrible qu'elle satisfit en buvant l'eau bourbeuse d'un fossé. Ramenée à Paris, elle fut conduite chez des personnes de son pays avec lesquelles elle resta jusqu'à ce que prise d'une fièvre intermittente quotidienne, elle se décida, quatre jours après l'invasion de la maladie, à se rendre à l'Hôtel-Dieu où elle fut reçue le 15 mars. Le même jour à midi elle eut son accès qui commença par du frisson, et le soir à quatre heures, elle était encore dans la période de sueur. Dans la nuit du 15 au 16, elle fut tranquille, un bouillon qu'elle demandait lui fut donné, et à cinq heures du matin, la veilleuse passant près d'elle, la trouva fortement penchée sur le côté gauche du lit : craignant que Thérèse ne tombât, l'infirmière voulut la relever. Thérèse ne respirait plus, elle avait le cou serré par un fichu plié en cravate. Un premier tour très-serré avait été formé en ramenant le mouchoir d'arrière en avant, un nœud simple avait été fait, et les deux chefs de la cravate ayant été portés d'avant en arrière, avaient servi à faire un second tour arrêté également par un nœud simple. Les conjonctives et les paupières étaient fortement injectées et œdémateuses. Une ecchymose existait à la partie antérieure et un peu latérale gauche du cou.

Il ne peut exister, à l'occasion de ce fait, absolument aucune suspicion d'homicide, et cependant Thérèse était tellement estropiée, qu'elle pouvait à peine se servir de la main droite. Si au lieu de se suicider dans une salle de malade, Thérèse eût exécutée son funeste dessein dans un lieu solitaire, quelle forte présomption n'eût pas résulté de l'état de la main, en faveur d'un assassinat! on voit ce qu'aurait eu de valeur une semblable présomption.

TACHES DE SANG.

Un homme est inculpé d'assassinat; on trouve chez lui un charrier de lessive présentant des taches grisâtres; l'instruction demande si ce sont des taches de sang; l'analyse de ces taches est faite par MM. Chevalier et Barruel.

Il nous a été remis une lettre de M. le juge d'instruction B... conçues en ces termes :

« Attendu qu'il résulte qu'un assassinat aurait été commis dans la nuit du 28 au 29 octobre dernier sur la personne du sieur F...., cultivateur à S., et que, par suite d'une perquisition pratiquée au domicile d'un nommé X..., inculpé dudit assassinat, on découvrit un grand morceau de toile à usage de charrier à lessive, qui portait l'empreinte de taches paraissant être du sang; qu'il est important, pour arriver à la découverte de la vérité, de constater si ses taches proviennent de sang humain répandu, ou si elles ont

été produites par de la viande de boucherie que le nommé X... déclare avoir enveloppée dans ce charrier, et ce, pendant la saison des mouches, l'an dernier, pour préserver cette viande des atteintes de ces insectes.

« Commettons MM. Chevalier et Barruel experts, lesquels, sermens par eux préalablement prêté entre nos mains, soumettront à toutes opérations chimiques, ledit morceau de toile que nous leur remettons, ainsi qu'il sera constaté par procès-verbal, à l'effet de vérifier et constater quelle est l'origine du sang dont ce morceau est taché; de reconnaître si c'est du sang humain ou du sang provenant de viande de boucherie, et depuis quelle époque on peut supposer que ces taches existent : desquelles opérations et vérifications, ils dresseront procès-verbal qu'ils nous transmettront. »

Examen physique du charrier et réflexions auxquelles cet examen attentif nous a conduits.

1° Le morceau de toile désigné comme servant de charrier nous a paru en effet être un charrier, tant à cause de sa forme, qu'à l'impression colorée en jaune brunâtre qui en occupe, dans le centre, une surface circulaire, ayant la dimension d'un cuvier ordinaire.

2° Ce morceau de toile est blanc de lessive, et depuis ce dernier lavage, il a reçu, sur une faible étendue de sa surface, et presque dans le centre, une substance qui a abandonné un liquide, lequel, par sa dessication a produit les taches que l'on soupçonne être du sang.

3° La raideur des parties tachées, comparée aux autres parties de la toile, ne permet pas de supposer qu'on ait cherché à faire disparaître la matière qui en est la cause, soit en les lavant, soit en les épongeant; d'où nous concluons qu'elles sont telles qu'elles ont été primitivement produites, à la dessication près.

4° La forme de ces taches, la pénétration de la matière qui les a produites jusque dans le centre et à l'envers du tissu de la toile, prouve que cette matière était fluide et qu'elle s'est ensuite desséchée lentement.

5° L'odeur de moisi qu'a ce charrier ou mieux celle que répand le linge qui a été serré un peu humide et a été long-temps enfermé, odeur qui est celle que répand le morceau de toile, et plus sensiblement les taches que l'on suppose avoir été faites par du sang, nous semble démontrer que la cause de ces taches date de plusieurs mois, et l'époque peut très-bien remonter jusqu'en août et même jusqu'en juillet dernier.

6° La couleur des taches ne permet pas d'admettre qu'elles soient dues à du sang desséché, soit que le sang ait été répandu sur la toile, soit qu'il y ait jailli, soit enfin qu'on ait essuyé à sa surface un corps ensanglanté; car dans ces trois hypothèses, cette couleur serait d'un rouge brun plus ou moins luisant, tandis qu'elle est grisâtre; seulement on observe que quelques points très-peu étendus de ces taches ont une couleur grise tirant légèrement sur le brun rouge.

7° Bien que, par les raisons qui précèdent, nous ne puissions admettre que les traces signalées soient produites par du sang desséché, nous pensons qu'elles peuvent l'avoir été, pour la majeure partie de leur étendue, par un des élémens du sang, la sérosité, et que les points qui décèlent une légère teinte rouge brun, outre la sérosité, sont imprégnés d'une petite quantité de globuline, ou matière colorante du sang.

8° Si, par l'analyse chimique, nous constatons qu'en effet les taches que l'on observe sur le charrier sont produites par la sérosité et une faible quantité de matière colorante du sang, nous ne pouvons expliquer leur mode de production, qu'en admettant que l'on a enveloppé dans cette toile de la chair fraîche et froide qui, comme on le sait, dans les temps chauds de l'été, laisse facilement suinter la partie séreuse du peu de sang coagulé qui la colore en rouge, et que c'est cette sérosité qui a imprégné le tissu qui, en se desséchant a communiqué la couleur grise et la raideur qu'on remarque aux taches; quant aux points légèrement rougeâtres, nous pensons qu'ils ne doivent cette couleur rouge qu'à de la globuline, et que ce sont les parties du tissu sur lesquelles posaient immédiatement les extrémités des muscles coupés transversalement, qui par cette raison ont abandonné, outre la sérosité, un peu de matière colorante du sang.

Analyse de la matière qui a produit les taches que l'on croit être du sang, et que nous supposons être formées par la sérosité du sang et très-peu de matière colorante de ce fluide.

Pour constater la nature de la matière qui a produit les taches que nous avons décrites et confirmer ou infirmer l'opinion que nous nous en sommes formés, ainsi que nous l'avons exposé ci-dessus, nous avons découpé à l'aide de ciseaux une partie seulement des portions tachées du charrier, nous les avons lacérées par petits lambeaux, et nous les avons fait macérer dans une éprouvette de verre placée en lieu frais, avec environ quatre onces d'eau distillée. Ces lambeaux de toile ont été longtemps avant de se pénétrer d'eau, et ce n'est guère qu'à la quatrième heure que le liquide a commencé à se colorer légèrement en fauve roussâtre.

Après dix-huit heures d'immersion, la liqueur avait acquis une couleur plus rouge, mais comme elle était troublée par une multitude de fibriles du fil qui avaient été divisées par l'action du ciseau, nous l'avons filtrée dans un filtre préalablement purgé de toute matières solubles, au moyen de l'acide hydrochlorique, et lavé ensuite par une grande quantité d'eau distillée bouillante.

La liqueur qui a filtré assez lentement était parfaitement limpide : elle avait alors une couleur décidément rouge et analogue à celle que produiraient quelques gouttes de sang délayées dans une égale quantité d'eau.

Une portion de cette liqueur a été introduite dans une éprouvette de verre, et on l'a chauffée lentement et graduellement à la flamme d'une lampe à alcool : dans le premier instant de l'action de la chaleur, il ne s'y est manifesté aucun phénomène sensible à l'œil, mais lorsque la température du liquide est arrivée à environ 65 degrés, celui-ci a perdu sa transparence, a pris un aspect opalin, et dès que l'ébullition s'y est manifestée, il s'est produit un coagulum de couleur gris-brunâtre, analogue à celle de l'écume du pot, et la liqueur s'est décolorée.

On a séparé la liqueur de la matière coagulée; on a enlevé une petite portion de cette dernière que l'on a mise sur un fer rouge où elle s'est promptement desséchée et racornie; puis elle a noirci en se

fondant et en se tuméfiant, et alors elle a répandu une fumée blanche qui avait l'odeur des matières animales qui brûlent. Le restant de la matière coagulée a été traité, à l'aide d'une douce chaleur, par deux gouttes de dissolution de potasse caustique ; la dissolution qui en a été promptement opérée a donné un liquide, lequel, vu par réflexion, avait une couleur brun-verdâtre, et vu par réfraction avait une couleur brun-rouge.

Ces expériences démontrent, de la manière la plus péremptoire, que les taches du charrier sont produites, sinon par du sang entier, du moins par deux des principes immédiats de ce fluide, savoir : par la sérosité qui y est en très-grande quantité, et par très-peu de sa matière colorante. Elles confirment, en même temps, l'opinion que nous avions émise sur leur mode de production.

Quant à la question qui nous a été posée, de constater par l'expérience si ces taches avaient été produites par du sang humain ou par de la viande de boucherie, nous avouerons sans détour que si nous n'avions pas été encouragés par les premières données que nous venons de rapporter, données qui nous conduisent nécessairement à admettre comme vraisemblables les déclarations de l'inculpé; nous nous abstiendrions de faire connaître les expériences que nous avons faites dans le but d'éclairer notre conscience à ce sujet; mais nous croirions manquer d'autant plus à nos devoirs envers la société, si nous ne les exposions pas, que leur résultat conduit à innocenter l'accusé.

Ainsi que l'un de nous l'a démontré depuis plusieurs années, le sang de tous les animaux terrestres à sang chaud, bien que composé de matières jouissant de propriétés identiques, recèle en outre un principe odorant particulier à chaque espèce d'animal, principe odorant qui est entièrement combiné avec les autres élémens, et spécialement avec la sérosité ou l'albumine. Ce principe n'est sensible à l'odorat qu'autant qu'on le met en liberté, soit que l'on opère sur du sang frais, soit que l'on expérimente sur du sang desséché, même depuis un certain nombre d'années.

Pour résoudre la question bien délicate qui nous était posée, nous avons cherché à développer ce principe odorant, et pour atteindre ce but, comme la matière, qui avait produit les taches du charrier, était en dissolution dans une très-grande quantité d'eau et qu'il nous importait de la réduire autant que possible, dans l'état de concentration où elle se trouvait, lorsqu'elle a pénétré dans le tissu du charrier, nous avons évaporé la liqueur dans un lieu frais, en le plaçant dans le vide de la machine pneumatique, à côté de plusieurs vases contenant de l'acide sulfurique concentré. Cette opération a duré deux jours. La liqueur réduite par ce moyen à un très-petit volume a été retirée du vide, sa couleur rouge était devenue plus intense et sa fluidité avait diminué ; mise dans un verre et traitée par quelques gouttes d'acide sulfurique concentré, elle s'est coagulée en une masse pultacée, de couleur brun-rougeâtre : un grand excès d'acide a dissous le précipité, et la liqueur qui était d'un brun rouge, a dégagé une odeur particulière, celle que répand le sang de mouton, lorsqu'on le traite par le même moyen, odeur qui est celle du suint qui enduit la toison.

Toutefois cette expérience qui nous conduit à admettre comme vraies les déclarations de l'inculpé, sur la cause des taches du charrier que nous avons analysées, nous ne la présentons qu'avec la réserve qu'un cas aussi grave commande, et nous laissons aux lumières et à la conscience des hommes chargés de prononcer sur son sort, à en apprécier la valeur et les conséquences.

Mort par asphyxie survenue chez un enfant qui était couché dans la même chambre que ses parens; quelques mots sur la présomption de survie; par M. Sardaillon.

Un enfant de sept ans, d'un naturel vif et pétulant, se couche le 13 janvier 1826, avec toutes les apparences d'une parfaite santé, après avoir mangé une légère soupe à l'oseille. Vers le milieu de la nuit, il se plaint, s'agite, jette quelques cris suspirieux entrecoupés; son père, couché près du chevet de son lit, se lève, mais aussitôt il se sent défaillir et tombe sur le carreau sans connaissance; la mère saute du lit, prend son fils dans ses bras, s'évanouit, glisse sur une chaise; elle revient à elle après un laps de temps qu'elle ne peut calculer, trouve son enfant étendu à terre : hors d'elle-même et plongée dans l'obscurité, elle cherche long-temps en vain de l'eau, du vinaigre pour en asperger son mari, son fils ; la fraîcheur du carreau rappelle enfin les sens du père ; on relève l'enfant : il était mort, la mère replaça le cadavre dans le lit.

Pendant le sommeil, il présentait quelquefois et à des intervalles plus ou moins éloignés, quelques mouvemens convulsifs des mâchoires et des membres supérieurs; souvent, lorsqu'il était couché, il éprouvait de l'anxiété, de la gêne dans la respiration; l'on faisait ordinairement cesser ces accidens en donnant une position moins horizontale et en aspergeant la figure avec de l'eau fraîche ou du vinaigre. Il avait rendu autrefois des vers intestinaux; il était sujet à une incontinence d'urine.

L'autopsie fut faite conjointement avec le docteur Mélique, le 15, à neuf heures du matin, trente-trois heures environ après la mort; le cubitus dans une attitude aisée, nul désordre apparent dans les vêtemens, qui consistent en une chemise et une camisole d'étoffe en coton, sans cordon ni ligature ; le bas de la partie antérieure de la chemise est taché d'urine.

Raideur cadavérique très-développée; face pâle, décolorée, livide; rougeur violacée des parties déclives; légère égratignure linéaire, longue d'un pouce environ, sur le côté gauche du col, au-dessous de la branche de l'os maxillaire; petite écorchure de la grandeur d'un quart de franc à la partie inférieure de la joue, du même côté, près de l'angle de la mâchoire; l'épiderme seul est intéressé; le derme, dans des endroits, est rouge-jaunâtre desséché; pas de traces d'inflammation ou d'ecchymose aux environs.

La bouche est remplie d'une salive écumeuse, la langue est recouverte d'un léger enduit blanchâtre, uniformément étendu à sa surface; la membrane muqueuse des intestins est revêtue d'une couche épaisse, membraniforme, d'un mucus assez consistant, au-dessous de laquelle on trouve la tunique interne de ces viscères dans un état d'intégrité parfaite; l'épaisseur et la densité de la couche des mucus diminuent insensiblement de l'estomac vers le gros intestin. Nulles traces de lésions dans le foie,

la rate, le pancréas et les reins. Les ganglions lymphatiques du mésentère sont tuméfiés et rouges; la vessie est saine, petite, fortement contractée; le veru-montanum est peut-être un peu plus mollasse qu'à l'ordinaire. Chacune des cavités des plèvres contient environ un verre d'une sérosité limpide, de couleur légèrement ambrée, la plèvre costale gauche offre une légère teinte rougeâtre, produite par l'injection des vaisseaux capillaires subjacens; les deux feuillets pulmonaires sont d'un rouge laqueux, clair, uniforme; la surface des poumons est comme grenue, et semble villeuse en plusieurs endroits; le lobe inférieur du poumon gauche adhère étroitement au diaphragme, dans l'étendue d'environ la largeur d'une pièce de cinq francs, au moyen des fausses membranes qui présentent quelque analogie avec un caillot de sang qui commence à s'organiser. Le tissu des poumons est gorgé de sang rouge vif; il est comme hépatisé; cependant il est crépitant dans toute son étendue. Le poumon droit est moins altéré que le gauche; les bronches et la trachée-artère sont remplies de mucosités écumeuses; la membrane muqueuse qui les tapisse est d'un rouge violacé uniforme, dont l'intensité diminue sensiblement à mesure qu'on l'examine plus près du larynx.

Le péricarde est sain; sa cavité contient une à deux cuillerées de sérosité limpide. Le cœur, d'un tiers plus gros que le poing de l'individu, est d'une consistance très-grande; le ventricule droit est d'une capacité moindre que de coutume, les oreillettes ne présentent rien de remarquable. Le ventricule gauche, considérablement développé, forme à lui seul les deux tiers du volume total de l'organe; ses parois ont sept à huit lignes d'épaisseur. Nulle altération pathologique aux orifices auriculo-ventriculaires aortiques, ni dans le trajet de l'aorte. Les veines sont partout gorgées d'un sang demi liquide.

Adhérence de la dure-mère aux os du crâne, telle qu'il est impossible de suivre le procédé ordinaire pour enlever la voûte de la cavité encéphalique, dont les diverses pièces sont encore cartilagineuses à leurs bords; point de lésions de l'arachnoïde. Injection considérable des veines et des sinus cérébraux, par un sang rouge-noirâtre; la substance cérébrale, volumineuse relativement à l'âge de l'individu, coupée par tranches, laisse suinter une quantité remarquable de sang, qui s'échappe des nombreux vaisseaux qui s'y ramifient; les ventricules contiennent de la sérosité en trop petite quantité pour qu'elle soit appréciable.

L'intégrité des voies digestives éloignait tout-à-fait l'idée d'un empoisonnement par cette voie, et dispensait de l'examen scrupuleux des matières que contenait le tube intestinal.

L'état de l'appareil respiratoire et celui du cerveau nous amènent à penser que la mort fut produite par une lésion grave brusquement survenue dans l'un de ces organes; mais l'âge du sujet, et l'altération des voies aériennes, conduisent à croire que la congestion cérébrale fut secondaire au trouble qui s'est effectué vers le poumon, et que l'enfant n'a pas succombé à une apoplexie, à un coup de sang, mais bien plutôt à une asphyxie. Les excoriations signalées à la peau étaient trop légères pour faire soupçonner que cette asphyxie ait pu être le résultat d'une tentative de strangulation; l'état du derme et des parties environnantes fait présumer que l'enfant était déjà mort lorsque la peau fut écorchée; car, dans le cas contraire, les excoriations eussent offert des traces d'une sorte d'exhalaison sanguinolente; et l'on comprend d'ailleurs comment ont pu être produites ces excoriations de l'épiderme, sans avoir recours à des causes violentes pour les expliquer, en réfléchissant que l'enfant était dans les bras de sa mère lorsqu'elle s'est évanouie, et qu'il était à terre près du poêle lorsqu'elle recouvra l'usage de ses sens.

Cet individu était couché près de ses parens dans une pièce au rez-de-chaussée, vulgairement désignée sous le nom de loge; elle avait au plus huit à neuf pieds d'étendue en tous sens; elle était fortement chauffée par un poêle que l'on avait encore attisé quelques heures avant l'accident: cette circonstance nous parut la seule cause probable d'asphyxie, et nous nous y arrêtâmes d'autant plus volontiers, qu'après y être arrivés sans y avoir procédé par voie d'analyse ou d'exclusion, elle nous semblait, en raisonnant par synthèse, pouvoir seule expliquer les phénomènes pathologiques observés sur le cadavre, et les autres circonstances de cet évènement; pourquoi, par exemple, le père et la mère avaient éprouvé cette défaillance dont nous avons parlé, et dont ils ne pouvaient se rendre compte. Quelques circonstances physiologiques nous expliquaient assez pourquoi l'enfant avait pu succomber, tandis que les parens avaient échappé à l'influence délétère. L'âge du sujet, l'hypertrophie du ventricule gauche, les traces de pleurésie. La complexion plus robuste du père nous donnait raison de l'effet plus marqué noté chez lui que chez sa femme, car il est d'observation: 1° que la circulation et la respiration, qui lui est intimement liée, se font d'une manière plus rapide et plus large pour ainsi dire, à mesure qu'on les observe plus près de la naissance; 2° que dans l'âge adulte ces mêmes fonctions présentent en général une activité plus grande chez l'homme que chez la femme, chez les individus qui jouissent de ce que l'on appelle une brillante santé, que chez les personnes faibles, délicates; et, d'un autre côté, l'expérience et le raisonnement prouvent que l'on ne périt plus ou moins vite du défaut de respiration qu'à raison du besoin que l'on a de renouveler l'air de la poitrine, la résistance aux forces destructives étant supposée égale. Aussi, les articles 721, 722 de notre législation civile, qui traitent des présomptions de prédécès et de survie, ne nous paraissent pas tout-à-fait en harmonie avec l'ordre nécrotique probable dans l'asphyxie; en pareille circonstance, on devrait, je crois, en général, tenir compte des idées énoncées ci-dessus, et déjà développées en partie par M. Fodéré, lorsque, toutes choses égales surtout, les différences d'âge et de constitution sont d'ailleurs assez marquées, car la nature n'a pas de règles rigoureuses, et, en fait de présomptions, les médecins ne sauraient être trop circonspects.

Mais comment le poêle a-t-il pu rendre l'air de la pièce méphitique? La chaleur a-t-elle seulement dilaté les gaz qui composaient l'atmosphère dans laquelle ces individus étaient plongés, et les avait-elle mis dans des circonstances analogues à celles où l'on se trouve au haut des montagnes très-élevées? Cet air échauffé aurait-il agi en s'opposant au dégagement de l'excédant du calorique, et l'enfant serait-il mort comme certains voyageurs dans les déserts de la Nubie, au rapport de quelques auteurs? L'acte de la respiration de ces individus réunis dans un local aussi étroit, aurait-il consumé l'oxigène de l'air. La combustion a-t-elle enlevé une trop grande quantité de cet élément, et laissé, presque conjointement avec la cause précédente,

une quantité surabondante d'acide carbonique et d'azote? La combusion a-t-elle, par elle-même, dégagé aussi de l'acide carbonique, de l'oxide de carbone, et ces gaz, en excès, auraient-ils rendu l'atmosphère méphitique, soit par leur action propre sur l'économie, comme on le pensait autrefois, soit en diminuant seulement la proportion nécessaire de l'oxigène de l'air de la pièce, comme l'ont dit Nysten et M. Orfila? Il serait impossible ici de résoudre ces questions, faute de documens exacts; mais les dernières manières de voir paraissent sans contredit les plus probables. Une circonstance pourtant semble s'opposer à ce que l'on puisse les admettre. Dans le cas présent (l'enfant était mort sans doute lorsqu'il glissa des mains de la mère, et dans tous les cas cela ne dérangera rien à nos raisonnemens), le père tombe à terre : d'après les théories chimiques, il devrait nécessairement y succomber, la pesanteur spécifique des gaz dont nous présumons l'existence étant plus considérable que l'air atmosphérique, la décomposition de ce dernier devait être plus parfaite dans les couches les plus inférieures; au contraire, c'est là qu'il revient à lui; la fraîcheur du carreau rappelle ses sens. L'observation de la femme Bazin ne peut-elle pas éclaircir le doute? C'est avec du charbon en combustion qu'elle s'asphyxie dans une arrière-boutique, avec sa fille âgée de.... ans (Gazette des tribunaux, 9 août 1827); l'enfant périt, la femme revient à elle, et lorsqu'au tribunal on lui demande des détails sur ce fait, elle dit au milieu de ses aveux naïfs : « Je suis tombée, et c'est même la fraîcheur du carreau qui m'a sauvée. »

En dissipant notre hésitation sur ce point, cette coïncidence d'aveux, qui méritent d'autant plus de confiance qu'ils sont faits par des individus qui en ignoraient les conséquences, nous force à rechercher une explication qui puisse concilier ce fait avec les résultats incontestables des expériences physico-chimiques, au premier abord incompatibles avec lui; dans le premier cas, on peut dire que, la pièce donnant immédiatement sur la cour, il avait pu s'établir au niveau du plancher, par les défauts de la partie inférieure de l'huisserie peut-être mal ajustée, un courant d'air atmosphérique de dehors en dedans, d'autant plus rapide que la chaleur de la pièce était plus élevée, mais dans le second, cette circonstance est peu probable : c'est dans une arrière-boutique que les choses se passent, et il résulte de l'instruction judiciaire que la femme Bazin avait eu le soin préalable de boucher, avec du linge, le passage à l'air extérieur.

On peut supposer que les règles de la pesanteur spécifique des gaz atmosphérique, acide carbonique, oxide de carbone, etc., ne s'étaient pas encore exécutées exactement dans le premier cas; mais dans le second, le charbon avait été allumé vers minuit, et ce n'est qu'à six heures du matin que l'on secourt la femme Bazin.

L'on sait combien en général est vive l'impression du contact subit d'un corps dont la température est plus basse que celle de l'économie; une aspersion d'eau froide, en particulier, sur la figure est un moyen vulgaire de dissiper des syncopes dont les causes sont souvent différentes.... Ne peut-on pas voir une explication éloignée des faits précités dans une analogie d'effet de l'application du froid dans ces cas, et dans certaines syncopes? Resterait à développer la différence ou l'analogie d'état du système nerveux dans ces circonstances; resterait à établir la théorie, l'explication prochaine de l'action du froid dans ces divers états, et c'est ce qu'il n'est guère permis de faire d'une manière sûre dans l'état actuel de nos connaissances.

Art. 721. Si ceux qui ont péri ensemble avaient moins de quinze ans, le plus âgé sera présumé avoir survécu; s'ils étaient tous au-dessus de soixante ans, le moins âgé sera présumé avoir survécu.

Si les uns avaient moins de quinze ans et les autres plus de soixante, les premiers seront présumés avoir survécu.

Art. 722. Si ceux qui ont péri ensemble avaient quinze ans accomplis et moins de soixante, le mâle est toujours présumé avoir survécu, lorsqu'il y a égalité d'âge ou si la différence qui existe n'excède pas une année.

S'ils étaient du même sexe, la présomption de survie, qui donne ouverture à la succession dans l'ordre de la nature, doit être admise; ainsi le plus jeune est présumé avoir survécu au plus âgé.

(Extrait du Bulletin de la Société médico-pratique de Paris.)

Nous pouvons annoncer que les réflexions très-judicieuses de M. Sardaillon, sur les présomptions de survie, sont déjà confirmées par les faits. Il résulte des observations d'asphyxies simultanées qui ont eu lieu à Paris, pendant une assez longue période que, pour ce qui concerne les adultes, ce sont les individus les plus forts qui meurent les premiers, et que c'est la femme qui survi à l'homme, contrairement à ce qu'admet le Code. Un de nos collaborateurs publiera bientôt, dans nos Annales, les recherches qu'il a faites sur ce sujet.

Rapport fait au conseil central de salubrité, par une commission composée de MM. Vingtrinier, Alexandre et Girardin, rapporteur, sur la proposition de M. Girardin, relative à l'emploi des bonbons colorés.

(Séance du 1er octobre 1831.)

Messieurs,

Dans l'avant-dernière séance, M. Girardin eut l'honneur de vous exposer les dangers qui peuvent résulter de l'emploi des bonbons colorés par des substances vénéneuses, et de vous proposer de nommer une commission qui s'assurerait si les confiseurs de notre ville font usage de pareilles substances à l'imitation de leurs confrères de Paris. Cette proposition ayant été accueillie, la commission que vous avez nommée pour cet objet vient aujourd'hui par mon organe, vous rendre compte de ses démarches et vous soumettre quelques réflexions.

L'usage de colorer les sucreries avec des matières colorantes tirées du règne minéral, paraît être assez ancien, car Renier, dans sa Police judiciaire pharmaco-chimique, dont la seconde édition est de 1812, en parle comme d'une chose adoptée depuis longtemps, et il cite parmi les écrits que l'on peut consulter à ce sujet, un article publié par M. le comte de Soden, sous le titre de : (Empoisonnement remar-

quable d'une famille par de la sucrerie), dans le Mercure de France, deuxième année, quatrième cahier. C'est en Allemagne, à ce qu'il paraît, que cet usage a pris naissance, et les pastillages saisis dans ces derniers temps, chez les confiseurs de Paris, venaient de ce pays.

Ce n'est que dans ces dernières années que l'attention des personnes chargées de veiller à la santé publique, a été attirée d'une manière toute spéciale sur la préparation des diverses sucreries et des liqueurs de table, par suite de plusieurs accidens très-grands arrivés à des enfans qui en avaient fait usage.

En 1825, M. Derheime, pharmacien à Saint-Omer, s'assura que des liquoristes employaient du vitriol bleu ou sulfate de cuivre pour colorer l'espèce de liqueur alcoolique, connue sous le nom d'absynthe suisse.

En 1827, M. Chevallier, pharmacien à Paris, signala l'emploi du vert de scheele (arsenite de cuivre), et du chromate de plomb dans la coloration des dragées et des pastilles. Des visites ayant été faites par ordre du préfet de police chez les confiseurs de la capitale, plus de quatre cents livres de sucreries colorées par ces substances vénéneuses furent détruites. On reconnut, en outre, que les confiseurs faisaient un usage du vermillon (sulfure de mercure) pour teindre en rouge les pralines, de gomme gutte, d'orseille, et de beaucoup d'autres substances plus ou moins actives.

En 1828, de pareilles visites ayant été faites, d'assez grandes quantités de bonbons furent saisis.

En 1829, M. le préfet de police de Paris adressa une circulaire aux différens commissaires pour leur enjoindre de surveiller attentivement la fabrication des sucreries. En même temps, le conseil de salubrité fut chargé de rédiger une instruction pour indiquer aux confiseurs quelles seraient les matières à employer dans la coloration de leurs produits.

Dans les départemens, plusieurs accidens malheureux ont appris que des bonbons vénéneux étaient aussi en circulation, et cela devait être, puisque la plupart des confiseurs de province tirent la plus grande partie de leurs produits des grands magasins de la capitale. Ainsi des enfans, qui jouaient sur la promenade dite de Gronoille, à Besançon, trouvèrent au pied d'un banc un sac rempli de pastilles bleues et vertes; ayant mangé de ces pastilles, ils ne tardèrent pas à éprouver de violentes coliques. Des recherches faites chez les marchands de sucreries de la ville, donnèrent lieu à la découverte de semblables pastilles chez un d'eux, qui fut poursuivi à la requête du ministère public et condamné par le tribunal de police correctionnelle à 6 fr. d'amende et aux dépens.

Dans le courant de l'année dernière, le conseil de salubrité de Paris adressa au préfet de police, un rapport sur le danger qui peut résulter de l'emploi des bonbons colorés, et sur les dispositions qu'il y aurait à prendre pour que ceux des bonbons qui sont préjudiciables à la santé, ne se trouvassent plus dans le commerce. Par suite de ce rapport, le préfet a rendu en date du 10 décembre 1830, une ordonnance concernant le pastillage, les liqueurs et sucreries coloriés, suivie d'une instruction sur les substances colorantes que peuvent employer les confiseurs ou distillateurs. Cette ordonnance est signée par M. le comte Treillard, que nous avons eu pendant quelque temps à la tête de ce département.

Tels sont, messieurs, les faits principaux que nous avons cru devoir rappeler à votre souvenir, pour vous faire sentir l'importance de la question qui vous a été soumise. Nous allons maintenant vous donner connaissance de ce que nous avons fait pour nous acquitter de la mission que vous nous aviez confiée.

Nous avons d'abord visité un assez grand nombre de boutiques de confiseurs, afin de nous procurer des bonbons colorés en vert, en jaune et en rouge, nuances pour lesquelles on pouvait avoir employé des substances minérales vénéneuses. Aucun confiseur n'a pu ou voulu nous vendre des bonbons verts, et nous n'en avons découvert aucune trace dans les boutiques. Plusieurs nous ont dit que depuis deux ans ils n'en fabriquaient plus, la police municipale les ayant avertis du danger auquel ils s'exposaient en les livrant au public, et il paraîtrait que des visites assez répétées les ont fait tenir sur leurs gardes. Mon confrère et ami, M. Labillardière, ancien professeur de chimie de Rouen, m'a rapporté dernièrement, qu'en 1827, il reconnut dans une très-grande quantité de bonbons verts, mis en vente par les confiseurs de cette ville, de l'arsenite de cuivre; et qu'ayant, prévenu de ce fait le préfet d'alors, M. de Vaussay, celui-ci ordonna aussitôt des visites chez les confiseurs dont toutes les sucreries vertes furent saisies. Ce serait à dater de cette époque que ces établissemens auraient été soumis à des visites de police. Quelques-uns même ont cru voir en nous des émissaires de la police, cherchant à les prendre en defaut. Mais si nous n'avons pas trouvé de bonbons verts chez les confiseurs de cette ville, en revanche nous avons acheté, chez tous, des dragées jaunes et des pralines que nous avons soumises à l'analyse chimique.

Nos expériences nous ont démontré, dans ces bonbons, l'absence complète de substance minérales; nous avons également reconnu que ce n'était pas à la gomme-gutte que les dragées jaunes devaient leur couleur.

Ainsi, messieurs, nos confiseurs, avertis par les mesures sévères prises contre leurs confrères de Paris, ne font plus usage des matières minérales qu'ils employaient naguère, ou au moins dans ce moment ils ne mettent plus en vente des bonbons colorés par elles. Mais en sera-t-il toujours ainsi, et ne peut-on pas craindre que, lorsqu'ils ne se croiront plus surveillés, ils ne reviennent à leurs anciennes pratiques par suite de cet esprit routinier auquel nous avons en général tant de peines à nous soustraire?... Une sage administration doit toujours chercher à prévenir plutôt qu'à punir; aussi croyons-nous qu'une surveillance continuelle doit être exercée sur la vente des sucreries, ainsi que sur celles des liqueurs de tables dont les liquoristes et les épiciers font un si grand débit.

Nous pensons, en outre, qu'il serait convenable de prévenir officiellement cette classe de marchands, des intentions de l'autorité pour empêcher le retour des accidens que leurs produits ont occasionés, et de leur faire connaître les peines qu'ils encourraient en ne tenant par compte de ces avis. Nous croyons donc d'après ces considérations, que le conseil de salubrité doit engager M. le préfet, à rendre pour tout le département, une ordonnance concernant la vente des pastillages, sucreries et liqueurs colorés, sur le modèle de celle qui a été publiée tout récemment, par M. le préfet de police de Paris, et à charger les membres des différens comités de salubrité, de veiller à l'exécution de cette ordonnance.

Voici la rédaction de l'ordonnance que le conseil pourrait soumettre à l'approbation de M. le préfet:

Ordonnance concernant la vente des sucreries et liqueurs colorées.

Rouen, le 1831.

Nous Préfet du département de la Seine-Inférieure, etc.

Considérant qu'il se fait dans toutes les villes du département, un débit considérable de bonbons, dragées, pastilles et liqueurs colorés :

Que pour colorer ces marchandises et leur donner un aspect plus agréable, on a employé, dans ces diverses années surtout, plusieurs substances minérales qui sont vénéneuses, et que cette imprudence a donné lieu à de graves accidens;

Que les mêmes accidens sont résultés de la sucrerie de papiers bleus, lissés ou coloriés avec des substances minérales, dans lesquelles les sucreries sont enveloppées ou écoulées;

Après avoir pris l'avis du conseil central de salubrité, séant à Rouen et consulté :

1° L'ordonnance de police de 10 octobre 1742;
2° La loi du 16-24 août 1790;
3° La loi de 22 juillet 1791;
4° Le code du 3 brumaire an IV;
5° L'ordonnance de police du 10 décembre 1830;
6° Les articles 319 et 320 du Code pénal;

Avons ordonné et ordonnons ce qui suit :

Article premier. — Il est expressément défendu de se servir, pour peindre ou colorer les bonbons, dragées, pastilles, et en général toute espèce de sucreries ou de patisseries, ainsi que pour colorer les liqueurs de tables, d'aucune substance minérale et notamment des substances suivantes :

1° Le vert de Scheele, le vert de Schweinfurt ou vert d'Allemagne, violent poison, contenant du cuivre et de l'arsenic;
2° Le jaune de chrôme ou chromate de plomb;
3° Le vermillon ou cinabre, appelé encore sulfure de mercure;
4° L'orpiment ou sulfure jaune d'arsenic;
5° Le minium ou oxide rouge de plomb;
6° Le réalgar ou sulfure rouge d'arsenic;
7° Le bleu de montagne ou cendre bleu cuivré ou azur de cuivre, qui est un carbonate de cuivre;
8° Les cendres bleues en pâte ou en carbonate de cuivre artificiel;
9° Le jaune de Naples, contenant des oxides de plomb et d'antimoine;
10° Le sueult ou l'azur vert coloré par l'oxide de cobalt;
11° Le vert-de-gris ou sous-metal de cuivre.

Le bleu de Prusse ou de Berlin peut-être employé sans inconvénient. On ne devra faire usage pour colorer les bonbons, liqueurs, etc., que de substances végétales, à l'exception de la gomme gutte et de l'orseille.

Art. 2. — Il est defendu de mettre dans les liqueurs, des feuilles d'or ou d'argent faux; les liquoristes ne devront employer pour cet usage que des feuilles d'or et d'argent fin.

Art. 3. — Il est défendu d'envelopper ou de couler des sucreries dans des papiers bleus, lissés ou coloriés avec des substances minérales, attendu que les enfans ont l'habitude de les porter à leur bouche, ce qui peut occasioner de graves accidens.

Art. 4. — Les confiseurs, épiciers, liquoristes et en général tous les marchands qui vendent des sucreries et liqueurs colorées, devront les livrer enveloppées dans des papiers qui porteront des étiquettes indiquant leurs nom professions et demeure.

Art. 5. — Il est encore expressément défendu aux distillateurs ou liquoristes, d'employer le sucre de saturne ou acétate de plomb, pour clarifier leurs liqueurs, cette substance étant un violent poison.

Art. 6. — Les fabricans et marchands seront personnellement responsables des accidens occasionés par les produits qu'ils auront fabriqués ou vendus.

Art. 7. — Il sera fait des visites chez les fabricans et détaillans, à l'effet de constater si les dispositions prescrites par la présente ordonnance sont observées. Les membres du conseil central et des comités secondaires de salubrité sont chargés de cette surveillance.

Art. 8. — Les contraventions seront poursuivies conformément à la loi devant les tribunaux compétens.

Le préfet du département,

Telles sont, messieurs, les mesures que notre commission vous propose de soumettre à l'approbation de M. le préfet. Dans le cas où elles seraient adoptées, elle croit que le conseil central devrait nommer une commision permanente de trois membres, qui aurait dans ses attributions la visite des ateliers de fabricans de bonbons et de liqueurs; les visites pourraient être faites un mois avant l'époque du jour de l'an et quelques jours après le premier janvier.

Votre commission est persuadée qu'en mettant en pratique le mode de surveillance qu'elle indique, et en publiant l'ordonnance ci-dessus, la vente des bonbons vénéneux ne se renouvellera plus.

Fait en séance à Rouen, dans le sein de la commission, le 1er octobre 1831.

Signé : J. Girardin, *rapporteur*,
P. Alexandre et Vingtrinier.

Rapport sur l'insalubrité de la viande des porcs ladres.

Monsieur le préfet,

Dans la lettre que vous avez adressée au conseil, sous la date du 10 de ce mois, vous lui demandez de résoudre la question de savoir si la ladrerie, dont les porcs sont quelquefois atteints, rend leur viande dangereuse pour la santé? Cette question vous paraît d'autant plus importante, que, dans ce moment, il est nécessaire de faire cesser ou disparaître toutes les causes d'insalubrité qui peuvent influer sur la santé de la classe nombreuse qui fait un plus grand usage des viandes de charcuterie.

Le conseil, qui partage votre sollicitude, se fait un devoir d'y répondre.

Il est une observation générale qu'il doit d'abord mettre sous vos yeux.

Ce n'est pas toujours la viande qui sert à la confection des différentes charcuteries qui rend ces sortes d'alimens plus ou moins insalubres, plus ou moins malsains; c'est la confection, la préparation, les condimens qu'on y ajoute; les vaisseaux dans lesquels on les prépare ou dans lesquels on les laisse séjourner; leur vétusté, les changemens, les combinaisons, les décompositions qu'ils éprouvent par le temps, qui leur font contracter des qualités délé-

tères, qui les rendent suspects ou dangereux pour l'alimentation : c'est ainsi qu'on a vu des accidens se développer dans des pensions, dans des couvens, dans des casernes, après l'usage du fromage de cochon, du fromage d'Italie, de saucisses, d'andouilles ou de boudins préparés dans des vaisseaux de cuivre, fumés, ou gardés trop long-temps. Il en est de même de quelques fromages qui acquièrent des qualités irritantes et corrosives qui les convertissent en véritables poisons.

Le conseil revient à la question spéciale sur laquelle vous le consultez.

Il y a long-temps que l'emploi de la viande des porcs ladres a été jugée négativement pour la salubrité. Cette viande n'est pas bonne, mais elle n'est pas insalubre. Cette espèce d'aphorisme a besoin d'explication.

On lit dans le Traité de la Police de M. Delamarre, qui l'écrivait au commencement du siècle précédent (tome II, livre v, titre xxi, § 5, page 1349), que la viande de porc ladre se vendait publiquement à la halle; qu'elle avait une place particulière, indiquée par un poteau et un drapeau blanc; que cette viande, lorsqu'elle n'était que sursemée, que la maladie ne faisait que commencer, et qu'elle avait été passée au sel, pouvait être exposée en vente; mais que, lorsque la maladie était parvenue à un certain degré, elle pouvait être dangereuse et devait être jetée.

Ce n'est pas tant par son danger qu'elle doit être rejetée, mais c'est parce que le porc ladre, à ce degré, n'est réellement pas mangeable; la viande est blafarde, parsemée de l'espèce d'hydatides, appelées acéphalocystes; elle donne un bouillon laiteux, fade; elle croque sous la dent, la membrane plus ou moins albumineuse qui enveloppe le ver se durcissant par la cuisson, et, en définitive, c'est un mauvais aliment, dont l'usage passager n'aurait pas d'inconvéniens, mais dont l'usage habituel doit finir par devenir malsain.

La place particulière, le poteau et le drapeau blanc disparurent, mais les visiteurs et langayeurs de porcs, dont l'origine remonte au xve siècle, furent conservés : ils étaient chargés d'examiner ces animaux sur les marchés, et de déclarer ceux qui étaient ladres; ces visiteurs furent érigés en charges d'officiers du roi, pour de l'argent, sous Louis XIV, et recevaient un droit par visite : c'était le revenu de ces sortes de charges.

La ladrerie fut placée au rang des vices rédhibitoires qui entraînaient la rescision de la vente lorsque les animaux n'avaient pas été visités par les officiers. Ce vice, ou cette maladie, est encore rédhibitoire aujourd'hui, et les porcs qui en sont affectés continuent à se vendre sur les marchés, sous cette condition.

Des expériences avaient été commencées à l'école vétérinaire d'Alfort, sur l'hérédité et la contagion de cette affection vermineuse; un de vos prédécesseurs, monsieur le préfet, les avait facilitées en fournissant des porcs ladres; on pouvait espérer des résultats, et je crois que déjà on peut affirmer la non-contagion; mais elles n'ont pas été continuées assez long-temps pour prononcer sur l'hérédité. Ces expériences coûtaient quelques francs, l'économie mesquine de M. Syrèis de Mayrinhac les fit supprimer; les élèves de l'école mangèrent les animaux sans le moindre inconvénient; des jambons préparés à la manière ordinaire furent également mangés sans danger; mais ils n'étaient pas bons, la viande en était dure, sèche, criante et coriace, presque sans goût.

Le conseil répète donc que cette viande n'est pas bonne; qu'elle manque des véritables qualités alimentaires; que si l'usage passager est sans inconvénient marqué, l'usage habituel, ou plus ou moins longtemps continué n'est pas salubre, et que, dans les circonstances actuelles, ne fût-ce que pour tranquilliser la confiance publique, il serait utile et avantageux de défendre la vente et l'usage du porc ladre par une ordonnance spéciale, surtout au moment où une foire considérable de marchandises de charcuterie va se tenir à Paris dans la seconde semaine du mois prochain, cette foire étant fréquentée par un grand nombre d'habitans pour lesquels les autres causes d'insalubrité ne sont déjà que trop multipliés.

Signé HUZARD.

BULLETIN GÉNÉRAL

DE THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

Recueil Pratique

PUBLIÉ PAR J.-E.-M. MIQUEL, D. M.,

ANCIEN CHEF DE CLINIQUE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS, A L'HOPITAL DE LA CHARITÉ, MEMBRE DE LA COMMISSION DE SALUBRITÉ, RÉDACTEUR EN CHEF.

(SEPTEMBRE 1833.)

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

—

DES SOURCES

OU DES SUJETS D'INDICATION.

La thérapeutique reconnaît un sujet d'indication dans toute circonstance, tout accident, inhérent ou étranger à la maladie, mais assez important pour mériter l'attention du praticien et susceptible d'influer sur sa conduite.

Dumas, après Vallésius, admet deux sources principales d'indication; l'une, antérieure à la formation de ces maladies, embrasse toutes les circonstances qui la préparent et qui l'occasionnent; l'autre, relative à la nature même des maladies, regarde tout ce qui en fait partie et tout ce qui les constitue.

J'adopte volontiers cette division, à laquelle j'ajouterai seulement les indications qui sont fournies par le malade lui-même.

Les indications du premier genre, celles qui se déduisent des circonstances antérieures à la maladie, comprennent ce qu'on connaît en pathologie sous le nom de causes des maladies.

On appelle de ce nom tout ce qui concourt de quelque manière à la formation des maladies. Sur cette définition, il est aisé de juger que les causes doivent être nombreuses; et, en effet, il n'est rien peut-être qui ne puisse accidentellement devenir cause de maladie, comme il n'est rien qui ne puisse servir d'instrument de guérison: cela se conçoit à la moindre réflexion. L'aliment le plus sain est quelquefois très-nuisible; tout dépend de l'usage qu'on en fait et de la disposition présente du sujet qui s'en nourrit. Par où l'on voit que l'étiologie et la thérapeutique, de toutes les branches de la médecine les plus opposées par la fin et par le résultat, se rapprochent pourtant en ce sens qu'elles s'exercent souvent sur les mêmes objets, et que l'une fait sur ces objets, comme cause de maladie, absolument le même raisonnement que l'autre, comme moyen de guérison. Le but seul est différent.

La pathologie étudie l'action des causes morbifiques pour en déduire la nature, l'espèce des maladies qu'elles produisent.

La thérapeutique veut connaître les causes pour les éloigner, ou pour y soustraire les malades, et travailler ensuite plus efficacement à leur entière guérison.

Le plus simple bon sens dit assez que, pour guérir une maladie, il faut avant tout écarter ce qui l'a fait naître, en supposant que ce qui l'a fait naître subsiste encore; car, s'il a disparu, s'il n'a fait que passer, la thérapeutique n'a pas à s'en occuper.

Exemple: Un militaire a la poitrine traversée par une balle, d'où est venue une pneumonie. De deux choses l'une, ou la balle est sortie de la poitrine, ou elle y est restée. Dans le premier cas, l'effet seul sub-

siste ; la thérapeutique n'a donc à s'occuper que de l'effet ; dans le second, la cause subsiste avec l'effet ; il faut d'abord se défaire de la cause, sans quoi il n'y a pas de guérison solide à espérer. Je dis solide, car telle est la tendance de la *nature médicatrice*, que l'économie revient assez souvent à son état naturel sous l'empire même des causes qui l'en ont éloignée.

J'ai pris mon exemple parmi les cas les plus simples, pour mieux faire sentir l'esprit du précepte ; mais il est facile de l'étendre. Un ouvrier qui manie des préparations de plomb ou de mercure se plaint de coliques, il est évident, par ce qu'on sait de l'influence de ces métaux sur la santé, que le premier soin du médecin doit être de l'enlever à sa profession et de lui faire respirer une autre atmosphère. Au contraire, il fallait rendre à leurs foyers, à leurs habitudes, ces jeunes conscrits qui, séparés tout-à-coup de leurs familles, allaient périr de langueur et d'ennui dans une garnison ou dans un hôpital.

Faits pour vivre en société, les hommes s'empoisonnent mutuellement pour peu qu'ils soient trop rapprochés. Les fièvres des camps et des prisons, les fièvres des hôpitaux et des vaisseaux, tout cela est la même maladie sous différens noms, et elle provient de la même origine, de l'encombrement des hommes. Chose singulière ! les émanations qui s'élèvent des matières organisées en putréfaction sont mille fois moins redoutables, moins funestes à la santé que les exhalaisons qui se dégagent des corps vivans ! Je ne puis résister à la tentation de rappeler, en peu de mots, une histoire que j'ai lue dans Zimmermann. Au mois de juin 1756, le vice-roi du Bengale assiéga le fort Guillaume, comptoir anglais établi à Calécut, et s'en rendit maître. La garnison, composée de cent quarante-cinq hommes et une femme, fut enfermée le soir même dans une prison de dix-huit pieds carrés, laquelle n'avait que deux fenêtres au couchant garnies de fortes grilles de fer. Il y avait à peine une heure qu'ils étaient dans ce cachot, que ces malheureux prisonniers éprouvaient déjà des angoisses inexprimables. Réduits au désespoir, ils imaginèrent de se mettre tout nus pour occuper moins de place ; ils essayèrent d'agiter l'air avec leurs chapeaux, travail déjà trop fatigant pour leurs forces épuisées ; enfin ils se mirent à genoux, croyant qu'il leur serait plus facile de respirer dans cette position. Aux tortures d'une respiration difficile vint bientôt se joindre celle d'une soif dévorante.

Jusque-là le chef, Holvell, était resté près d'une fenêtre ; mais bientôt son rang fut méconnu : sa place lui fut ravie. Le malheur n'admet aucune distinction. Hélas ! le tiers n'était déjà plus.

Instruit de cette scène effroyable, le vice-roi fit enfin ouvrir la porte de la prison : malheureusement elle s'ouvrait en dedans ; de sorte qu'il se passa vingt minutes avant que ce qui restait en vie eût pu la débarrasser des cadavres qui l'empêchaient de rouler.

Enfin le lendemain, à six heures et un quart du matin, on vit sortir de cet horrible cachot vingt-trois personnes sur cent quarante-six, pâles, défaites, abattues.

Un air infect et chargé d'émanations animales leur avait ôté la santé, un air pur la leur rendit.

Il faut donc cesser l'action des causes morbifiques, si on le peut, ou y soustraire les malades, ce qui revient au même pour le résultat. Telle est la première indication.

Malheureusement les causes ne se montrent pas toujours à nous avec une égale évidence. Lorsqu'elles sont obscures, on repasse dans son esprit toutes les conditions dans lesquels peut se produire la maladie dont on veut connaître l'origine : les saisons, le climat, le régime, etc. Et si, au milieu de tant de circonstances, on ne trouve pas encore celle qu'on cherche, on conseille de changer toutes les habitudes du malade, de lui faire respirer un autre air, d'adopter un autre régime, etc. En d'autres termes, on défend une foule de choses insignifiantes, dans l'espoir d'atteindre la véritable cause dans la proscription générale. On dira peut-être qu'attaché à sa patrie, à sa famille, à la profession qui le nourrit, l'homme social a rarement l'indépendance nécessaire pour se décider à un si grand changement. Que faire ? le médecin donne son avis en son ame et conscience ; le reste ne le regarde pas.

Mais c'est trop s'arrêter à ces notions vulgaires sur l'étiologie des maladies : passons à des considérations plus élevées et moins connues.

Il ne suffit pas à la thérapeutique de connaître vaguement les causes des maladies ; elle veut savoir le rôle que chacune d'elles joue dans leur formation, ou la part qu'elle y prend ; car, sans cette connaissance, elle ne peut comprendre, ni les difficultés qu'elle a à surmonter, ni la valeur des ressources que la matière médicale met à sa disposition.

Les causes des maladies, avons-nous dit, sont très-nombreuses ; mais toutes n'ont pas la même importance, toutes n'agissent pas de la même manière. Les unes agissent comme des puissances physiques ou mécaniques, et produisent des lésions de même nature. Elle rendent bonne et complète raison des effets qui leur sont attribués. Aussi ces effets sont-ils les mêmes pour tout le monde. *Rem necessariò consequantur.* Un coup de sabre fait la même blessure sur les tempéramens, et quiconque tombe sur le grand trochanter court risque de se casser le col du fémur.

Contre ses causes, il en est d'autres qui ont des effets presque inévitables.

Mais ce sont-là des agens d'une espèce particulière. A ces exceptions près, il n'est pas de cause externe qui prenne une si grande part à la génération des maladies, qu'on puisse en prédire à coup sûr le résultat.

En général, les maladies sont le produit composé de deux ordres de causes qu'il importe de distinguer : les unes, intérieures, font presque partie constitutive de l'organisation : ce sont les principales ; les autres, extérieures, sont étrangères à notre nature : ce sont les accessoires.

Les premières toutes seules ne constituent pas les maladies, mais elles y préparent, et c'est ce qui les a fait appeler *prédisposantes ;* les secondes mettent la disposition en évidence ; elles en fournissent l'occasion, et c'est ce qui leur a fait donner le nom d'*occasionnelles.*

Les dispositions morbides ne sont quelquefois que la dernière conséquence de l'action révélée des causes extérieures ; il n'est pas douteux, par exemple, que

l'habitude d'un régime échauffant n'appelle à la longue les maladies inflammoires, et cela dans le tempérament qui, par sa nature, en paraissait le plus éloigné. La disposition s'introduit, s'insinue, pour ainsi dire, dans l'économie dont elle devient comme l'état naturel. D'autres fois ces dispositions viennent d'un état primitif, héréditaire ou congénial. Il n'y a, ce me semble, rien que de fort raisonnable à penser qu'on naît avec la tendance à telle ou telle maladie, comme on naît avec tel ou tel goût, telle ou telle aptitude, tel ou tel caractère.

Parmi les dispositions morbides acquises ou factices, il en est une foule qui ne font que passer. Venues on ne sait comment, elles s'en vont sans qu'on sache pourquoi. Les corps organisés changent et se renouvellent sans cesse; c'est un de leurs attributs les plus spéciaux; c'est à ce prix qu'il leur est donné de vivre et de se conserver.

De même que les dispositions morales, les dispositions morbides ne s'annoncent le plus souvent par aucun signe extérieur; elles révèlent par l'événement; elles se prouvent par la variété des maladies qui répondent à la même cause, agissant sur diverses personnes et par la facilité avec laquelle la même maladie saisit la même personne sous l'influence des causes les plus variées.

Ainsi, supposez que le même coup de soleil frappe six personnes : l'une aura une méningite, l'autre une apoplexie, la troisième un érysipèle, la quatrième une dartre, la cinquième une hémorrhagie nasale et la sixième n'aura rien.

Au contraire, faites passer maintenant une personne disposée d'une certaine façon au milieu des circonstances les plus variées, et vous verrez la même maladie revenir sans cesse, malgré la diversité des causes extérieures. Je donne des soins à un dame qui, en moins d'un an, a eu cinq ou six érysipèles : c'était tantôt pour s'être approché un peu trop près du feu, tantôt pour avoir été frappée par un courant d'air, tantôt pour avoir pris une tasse de café, et tantôt pour rien.

De ces deux ordres de causes, il est évident que les causes internes ou causes prédisposantes sont les plus importantes; sans elles, l'action des causes occasionnelles serait absolument impuissante; avec elles, tout se change en occasion de maladies.

Il y a, comme on pense bien, une foule de degrés dans l'intensité de la cause interne; plus elle est faible, plus il faut de puissance à la cause externe pour produire son effet; plus elle est forte, et moins la cause externe a à faire pour la réaliser. Enfin elle est souvent si prononcée, qu'elle semble se développer par la seule activité de l'organisme. On dirait des effets sans cause; mais c'est une illusion des sens : la cause subsiste intérieurement, et pour n'être pas visible, elle n'en est pas moins très-réelle.

C'est l'obscurité qui couvre les causes internes, qui a fait admettre des maladies *spontanées*, c'est-à-dire des maladies dont les causes externes ne peuvent rendre raison. Et veuillez remarquer que ces maladies ne forment pas une classe à part : toutes les maladies aiguës en sont là; oui, toutes peuvent se développer sans le concours des agens extérieurs et par les seules forces qui animent notre machine.

Or, la thérapeutique fait une immense différence entre les maladies spontanées ou par cause interne, et les maladies accidentelles ou par cause externe. Celles-ci se dissipent presque d'elles-mêmes; celles-là demandent tous les secours de l'art. Ainsi prenez la même maladie et la maladie du même organe : soit une ophthalmie. Est-elle produite par un grain de sable, par l'action d'une trop vive lumière? éloignez la cause; ôtez le corps étranger, s'il est resté sous les paupières; placez le malade dans un lieu peu éclairé, et soyez persuadé que la guérison ne se fera pas long-temps attendre; mais vous n'aurez pas si bon marché d'une ophthalmie venue sans cause apparente.

A coup sûr, une entérite causée par un poison violent se présente avec un appareil de symptômes autrement effrayant qu'une entérite qui se forme et s'établit lentement. En thérapeutique, c'est tout le contraire : à moins que les tissus ne soient détruits, la première cède avec une facilité extrême, et la seconde résiste souvent à tous les efforts de l'art et aux efforts les mieux entendus.

Parcourez les annales de la médecine militaire, vous trouverez à chaque pas des hommes qui ont eu la poitrine ou le ventre traversés par des projectiles ou par des armes blanches : il en était résulté des désordres affreux; mais ces désordres étaient l'ouvrage d'un agent extérieur, et les malades se rétablissaient sans peine. Combien d'observations ne pourrait-on pas citer de militaires qui, ayant eu le crâne fracassé, ont vécu sains d'esprit et de corps avec une balle dans le cerveau? D'autres ont perdu une portion même assez considérable de cet organe, et il ne leur est pas arrivé malheur! N'y a-t-il pas de quoi s'étonner d'un pareil résultat, quand on pense au danger qui accompagne la moindre inflammation spontanée d'un organe aussi délicat et surtout aussi essentiel à la vie?

Fière de ses succès, la chirurgie a voulu donner des leçons à la médecine, et, après avoir essayé de prouver l'identité des cas par la similitude des symptômes, et surtout par l'identité des lésions cadavériques, elle a proposé le même traitement. Docile, trop docile peut-être aux conseils de la chirurgie, la médecine a changé ses méthodes; mais, hélas! elle a peu gagné à ce changement. Le danger de la fièvre cérébrale est toujours infiniment plus grand que celui de la phlegmasie traumatique du cerveau.

Ainsi, ce sera désormais un principe de thérapeutique inattaquable, que la même maladie, occupant le même organe, se comporte tout autrement sous l'influence des mêmes moyens curatifs, suivant la manière dont elle est née.

Que si l'on cherche la raison de cette différence, on la trouve dans l'origine même de la maladie. Lorsqu'elle vient spontanément, il est à croire que l'économie y était singulièrement disposée, puisqu'elle a pu se passer du concours des causes externes pour la produire, ou si ces causes sont intervenues, elles n'ont joué qu'un rôle secondaire. La cause prédisposante, la cause interne, a presque tout fait. Pour se rétablir dans son état naturel, il faut donc que l'économie revienne, pour ainsi dire, sur elle-même, ce qui ne peut être l'effet que d'un travail plus ou moins difficile et l'ouvrage du temps.

Au contraire, lorsque la maladie succède à une cause externe, elle n'entre réellement que de vive force dans l'organisation. L'économie n'était pas disposée à la recevoir : elle a cédé cependant à la violence ; mais ce premier moment une fois passé elle réagit et reprend d'autant mieux l'équilibre, que la cause qui le lui a fait perdre était plus puissante.

Il y a, comme on pense bien, une foule de degrés, et par conséquent une foule de rapports entre l'action des causes externes et l'action des causes internes. On ne peut rien dire d'avance à cet égard ; mais, en règle générale, je crois que, plus la cause prédisposante, ou cause interne, prend part à la génération d'une maladie, et plus la guérison en est difficile : moins elle intervient, et moins aussi la thérapeutique rencontrera d'obstacles. B.

NOTE

SUR L'EMPLOI DU CYANURE DE MERCURE

Dans le traitement de la syphilis.

Depuis la publication de mon mémoire sur les effets du cyanure de mercure dans le traitement de la syphilis, un grand nombre de praticiens recommandables ont expérimenté ce médicament, et ont mis en usage les formules que j'avais indiquées. Je crois être utile aux lecteurs de ce journal en leur rappelant une méthode de traitement qui continue à procurer des guérisons remarquables. Un fait digne de remarque, c'est que l'on obtient par cet énergique médicament des résultats satisfaisans même chez les malades les plus indociles qui ne peuvent s'astreindre à un régime convenable.

Parmi le grand nombre de faits nouveaux de guérison que j'ai obtenus, je me bornerai à en analyser deux très-succinctement ; seuls, ils pourront engager les médecins à mettre en usage la méthode de traitement dont il est question.

Un jeune homme de vingt-huit ans avait contracté, il y dix mois, un bubon vénérien et des chancres autour du gland : un traitement par le deuto-chlorure et les frictions avait fait disparaître ces symptômes. Mais il se développa sur le cuir-chevelu et la face un grand nombre de pustules qui s'ulcérèrent, et tout le front se couvrit de végétations. Deux larges ulcérations se montrèrent au voile du palais, et une otite fétide rendait le malade inabordable ; des douleurs noctures des plus vives l'avaient presque réduit au désespoir. En quinze jours, tous ces symptômes avaient diminué ; et après deux mois de traitement par la teinture cyanurée, ce jeune homme avait repris sa gaieté ordinaire ; il était débarrassé de tous les symptômes graves que nous avons décrits.

M. le docteur Armand m'a adressé, il y a quelque mois, un malade de cinquante-cinq ans, qui portait un exostose sur la partie antérieure du tibia. Cet homme ne pouvait marcher ; il éprouvait des douleurs nocturnes intolérables. Un grand nombre de préparations mercurielles avaient été essayées, et cela sans succès.

L'usage de la teinture cyanurée et de frictions qui contenait un quart de grain, un demi-grain et un grain d'opium par gros d'axonge, délivrèrent ce malade de ses douleurs ; et après deux mois de traitement, il put reprendre sa profession de menuisier qui, quoique fatigante, n'a pas occasioné de rechute.

Déjà plusieurs médecins de Paris et de la province ont soumis leurs malades à l'action de cette nouvelle méthode de traitement. Je crois ne rien hasarder de trop, en avançant qu'un grand nombre d'affections syphilitiques, rebelles, à l'administration des préparations mercurielles ordinaires, cèdent avec une rapidité étonnante à l'action du cyanure de mercure.

Voici les nouvelles formules que j'emploie :

Teinture cyanurée.

Prenez :	Ext. de buis (*buxus semper virens.*)	3 onces
	Ext. d'aconit (*aconitum napellus*)	3 drach.
	Sel ammoniac.	3 drach.
	Sous-cyanure de mercure. . .	1 scrup.
	Essence de sassafras.	1 scrup.
	Eau.	4 onces.
	Alcohol du commerce 3/6. . .	10 onces.

F. S. L. une teinture qui, filtrée, doit égaler vingt-quatre onces.

La dose est d'une demi-once à une once par jour, commençant par une cuillerée à café matin et soir dans un demi-verre d'eau sucrée, ou de tisane d'orge, de chiendent.

Chaque once de cette teinture contient :

Ext. de buis.	1 dragme.
Ext. d'aconit.	de chaque 9 gr.
Hydro-chlorate d'ammoniaque.	de chaque 9 gr.
Sous-cyanure de mercure.	1 grain.
Huile volatile de sassafras.	1 goutte.

Pilules cyanurées.

Moins l'eau et l'alcohol, ce sont les mêmes substan- aux mêmes doses que dans la teinture cyanurée.

On en fait une masse que l'on partage en quatre cents pilules ; seize pilules équivalent à une once de teinture cyanurée.

On commence par en faire prendre quatre par jour ; deux le matin et deux le soir.

Pilules de cyanure de mercure.

Prenez :	Sous-cyanure de mercure porphyrisé..	vj gr.
	Opium brut..	xij gr.
	Mie de pain..	ʒj
	Miel q. s.	

F. S. L. 96 pilules égales.

Chaque pilule contient 1/16 de grain de sous-cyanure et 1/8 de grain d'opium.

Solution cyanurée.

Sous-cyanure de mercure, de. . .	vj à x gr.
Eau distillée.	1 liv.

Chaque once contient 3/4 de grain de cyanure de mercure.

Gargarisme.

Sous-cyanure de mercure.	x gr.
Décoction légère de graine de lin ou de guimauve.	1 liv.

Pommade cyanurée.

Sous-cyanure de mercure.	xij gr.
Axonge.	1 once.

Mêlez avec soin après avoir bien porphyrisé le cyanure.

Cette pommade détermine promptement, en douze ou quinze heures, une éruption sur la peau. Aussi ai-je l'habitude d'y joindre l'extrait d'opium, et de prescrire au malade de ne faire qu'une friction sur la même partie ; le plus souvent je les fais pratiquer à la plante des pieds. Déjà plusieurs fois je me suis servi de cette pommade comme puissant révulsif : ainsi dans la coqueluche je fais frictionner l'épigastre comme on le fait avec l'émétique.

Le cyanure de mercure, qu'on appelait naguère encore prussiate de mercure, s'obtient en traitant le bleu de Prusse par le deutoxide de mercure (précipité rouge). Le sous-cyanure de mercure n'est que le cyanure qu'on a fait bouillir dessous dans l'eau sur une nouvelle quantité de précipité rouge.

M. Boutigny, pharmacien, à Paris, prépare lui-même ce sel et toutes mes formules avec le plus grand soin : les médecins pourront donc s'adresser à lui en toute sécurité. PARENT.

N. du R. C'est dans les cas de syphilis constitutionnelle que le cyanure de mercure a été employé par M. Parent. La plupart des malades qui l'ont pris, et dont il est fait mention dans le mémoire que ce médecin a lu il y a quelques mois à l'Académie des sciences, avaient déjà fait un ou plusieurs traitemens antérieurs par le sublimé ou les frictions, et n'étaient pas guéris. Sur les malades qu'il a traités, neuf présentaient des ulcérations syphilitiques au voile du palais, aux amygdales, sous la langue, dans l'intérieur des fosses nasales, ou des chancres aux grandes lèvres ou au prépuce ; trois, des végétations aux grandes lèvres ou au prépuce ; deux, des bubons ; treize, des taches syphilitiques ou des syphilides tuberculeuses sur diverses parties du corps.

Montrons par quelques exemples quel est le mode de traitement qui a été suivi par M. le docteur Parent, dans ces divers cas.

Ulcérations.

Observation I. Mademoiselle Césarine, âgée de vingt-six ans, avait eu, quelques mois auparavant, un écoulement et des chancres dont elle avait été traitée et guérie par les émolliens, lorsqu'elle consulte M. Parent pour un mal de gorge. Les deux piliers du voile du palais offrent cinq ulcérations vénériennes grisâtres; l'haleine est fétide, la voix nazillarde, la déglutition pénible. Gargarisme avec *eau de graine de lin une livre, et cyanure de mercure dix grains. Matin et soir, une cuillerée à café d'une solution de huit grains de cyanure de mercure dans une livre d'eau.* On augmenta progressivement la dose jusqu'à *une once* de solution par jour. Après huit jours, la malade n'accusait plus de douleur en avalant : on cessa le gargarisme, et l'on continua pendant deux mois l'usage de la solution ; la cicatrisation était complète et la femme guérie.

Obs. II. La femme Caron, âgée de vingt-deux ans, récemment mariée à un homme qui avait eu une maladie vénérienne non traitée, se présenta à la consultation de l'hôpital Saint-Louis, se plaignant d'un mal de gorge qu'elle avait depuis trois mois. M. Manry constate une destruction du pilier droit du voile du palais ; plusieurs ulcérations au pilier gauche et une destruction des trois quarts de la luette ; la déglutition était très-difficile et la voix considérablement altérée. Elle fut mise à l'usage d'une cuillerée à café de teinture cyanurée, soir et matin, dans un verre d'eau sucrée. Au bout de quinze jours, la voix n'était plus altérée ; elle avalait facilement. Le traitement ayant été suspendu, la maladie se reproduisit avec la même intensité. La teinture cyanurée arrêta de nouveau la marche du mal ; les ulcérations se cicatrisèrent et la membrane muqueuse du voile du palais reprit sa couleur naturelle.

Obs. III. La femme Leroy entra, en novembre 1830, à l'hôpital Saint-Louis pour des ulcérations syphilitiques de la gorge ; la luette était entièrement détruite ; les piliers du voile du palais présentaient des ulcérations irrégulières, grisâtres, profondes, faites comme avec un emporte-pièce. Les fumigations cynabrées, les injections émollientes amenèrent une guérison qui ne se maintint qu'une vingtaine de jours ; elle rentra à l'hôpital, dans un état plus fâcheux que la première fois. Elle fut mise à la teinture cyanurée, qui, dans moins d'un mois, amena la cicatrisation complète. Au bout de peu de temps encore, la maladie se reproduisit ; il survint même de larges plaques aplaties et cuivrées sur le front et la face ; elle revint à Saint-Louis. La tisane de Feltz et celle de Zitman ne produisant aucune amélioration, on reprit le cyanure de mercure. Elle prit par cuillerées à café, soir et matin, dans de l'eau sucrée, la teinture cyanurée, et fit usage d'*un gargarisme avec cyanure de mercure, douze grains, et décoction de graine de lin, une livre.* Un mois et demi après, les taches cuivrées avaient disparu, la déglutition était facile et la parole libre.

Chancres, bubons, douleurs ostéocopes.

OBS. IV. M. P., âgé de vingt-sept ans, portait trois chancres sur le gland et un bubon à chacunes des aînes ; des sangsues furent appliquées sur les tumeurs, qui furent ensuite recouvertes d'emplâtre de Vigo. Comme le malade pensait ne pouvoir être guéri que par les frictions mercurielles, celles-ci furent employées pendant deux mois seulement ; elles furent suspendues quelquefois à cause de leur action sur les glandes salivaires ; l'usage des tisanes sudorifiques fut constant. Cependant le volume de la tumeur de l'aîne devint considérable, et la fluctuation y fut manifeste ; son ouverture donna

issue à quelques cuillerées de sang noir, épais, mais pas de pus; la peau était décolée dans l'étendue de plusieurs pouces. Les glandes inguinales gauches étaient volumineuses et dures (cataplasmes; bains). Le malade accuse bientôt une vive douleur à la crête du tibia droit qui augmente par la pression; cette partie est le siége d'une rougeur érysipélateuse. L'on couvre la jambe droite d'un cataplasme et l'on prescrit des frictions sur les muscles, et la jambe gauche avec *un gros d'axonge contenant un grain de cyanure de mercure bien porphyrisé par frictions.* Quinze frictions furent faites dans l'espace de quinze jours; le malade fut mis à l'usage de la solution, à la dose de deux cuillerées à café par jour, plus tard deux cuillerées à bouche. Les douleurs disparurent bientôt, et, au bout de trois semaines de ce traitement, la cicatrisation du bubon droit et des chancres était opérée; il ne restait qu'un léger engorgement indolent de l'aîne gauche. Le malade continua encore trois semaines l'usage du cyanure de mercure.

Une chose qu'il faut faire remarquer, c'est que ce sel, mêlé à l'axonge à la dose d'un grain par gros, n'a point déterminé d'éruption de boutons, ce qui arrive presque toujours lorsqu'on dépasse cette dose.

Ces faits suffiront pour faire apprécier les effets de la médication dont il s'agit; nous ne les multiplierons pas davantage. Les nombreux cas de guérison de syphilides, ulcérées ou non, que M. Parent a rassemblés, ont été obtenus par le même traitement. La teinture est cependant la forme du médicament à laquelle il donne la préférence, aussi le plus grand nombre de ses malades y ont été soumis. Cette médication paraît à ce médecin avoir des effets plus prompts et plus prononcés que les autres dans les cas de syphilis anciennes, qui ont résisté aux divers méthodes de traitement.

NOTE

SUR L'EMPLOI DES BAINS SULFUREUX

Dans le traitement de la chorée.

C'est sans doute une belle et heureuse idée que d'avoir cherché à rattacher à des lésions matérielles des organes, les divers désordres fonctionnels de l'économie; et sous ce rapport les travaux de nos contemporains ont jeté quelques lumières sur plusieurs points importans de médecine pratique. Mais il est encore une foule de maladies sur la nature et le siége desquelles l'anatomie pathologique est tout-à-fait muette. De ce nombre se trouvent l'épilepsie, le tétanos et la chorée. Derrière les symptômes qui caractérisent l'une et l'autre de ces trois affections, existent, dans quelques cas, des altérations matérielles des centres nerveux. Mais dans la grande majorité des cas, le scalpel cherche vainement après la mort une lésion qui puisse rendre raison des phénomènes observés pendant la vie. M. Serres a trouvé dans trois cas de chorée suivis de mort une inflammation des tubercules quadrijumeaux. M. Monod a communiqué récemment à la Société anatomique deux observations de chorée dans lesquelles l'hypertrophie du cerveau et de la moelle épinière étaient la seule lésion appréciable qui pût expliquer cette maladie; d'autres ont signalé la présence de tubercules dans le cerveau. Nous avons eu occasion dans nos recherches sur les maladies des enfans d'ouvrir le cadavre de quelques choréiques qui avaient succombé à des maladies intermittentes, et dans aucun cas nous n'avons trouvé une altération appréciable des centres nerveux. Tout récemment dans le service de M. Baudelocque, à l'hôpital des enfans, une jeune fille de treize ans a succombé à une péritonite aigue pendant le cours d'une chorée des plus intenses, et les recherches microscopiques les plus minutieuses n'ont pu faire découvrir aucune lésion du cerveau et du prolongement rachidien. Toutefois nous ne devons pas rejeter les faits publiés par les observateurs. Nous en tiendrons compte dans la pratique, et avant de recourir à une médication quelconque, nous explorerons soigneusement les centres nerveux dans le but de découvrir s'ils ne sont pas le siége de quelque altération qui serait le point de départ des symptômes choéiques. La distinction de la chorée en essentielle et symptomatique, admise par MM. Franck et Bouteille, n'est pas sans importance sous le point de vue pratique (1); les bains sulfureux dans la chorée symptomatique seraient aussi inutiles et aussi dangereux que le quinquina dans une fièvre intermittente liée à une altération des voies digestives.

Survenue le plus ordinairement sous l'influence d'une émotion vive, la chorée essentielle affecte surtout les enfans des deux sexes depuis l'âge de sept à quinze ans. Elle est beaucoup plus commune chez les filles que chez les garçons. Elle est tantôt partielle, tantôt générale. Nous avons vu chez quelques malades les mouvemens choréiques bornés aux muscles de la face, du cou, d'un membre; tantôt elle affectait un seul côté du corps; dans le plus grand nombre des cas un grand nombre de muscles étaient simultanément affectés. Du reste, il est peu de maladies qui soient mieux caractérisées symptômatiquement que la chorée.

Les médicamens les plus divers ont été tour-à-tour préconisés dans le traitement de cette affection; chacun a vanté la médication qui avait eu le plus de succès entre ses mains, tout en gardant le silence sur ceux où elle avait échoué. Les uns pratiquent la saignée générale, d'autres ont recours aux émissions sanguines locales. La méthode antiphlogistique a joui pendant quelques années d'une certaine faveur. Il est encore quelques médecins qui en font un abus vraiment déplorable. On nous en a amené à l'hôpital des enfans qui avaient été profondément débilités par de fréquentes émissions sanguines répétées. Quatre-vingt, cent et cent cinquante sangsues ont été appliquées sur le trajet de la colonne vertébrale, sans aucun soulagement notable. M. Guersent nous a dit avoir vu dans la pratique civile des enfans réduits au dernier degré du marasme, à la suite de nombreuses applications de

---

(1) Bouteille, auteur d'une excellente monographie sur la chorée, divise cette affection en essentielle et en symptomatique, Frank divise la chorée en traumatique, inflammatoire, rhumatique, gastrique, vermineuse et nerveuse.

sangsues. En obligeant des parens à renoncer à ce moyen, en faisant prendre au malade des alimens substantiels, et en faisant usage de quelques excitans à l'intérieur et à l'extérieur, il est parvenu à rendre à des malades l'embonpoint et les forces, et à triompher de la chorée.

Nous pensons que l'on doit être sobre des évacuations sanguines dans la chorée essentielle, et ne la réserver que pour les cas où cette affection paraît être symptomatique d'une lésion des centres nerveux.

En Angleterre on a beaucoup vanté l'emploi des purgatifs. Hamilton, Bardsley et une foule d'autres disent en avoir retiré de grands avantages. Ils citent un certain nombre de cas de guérison obtenus par ce moyen. M. Elliotson a recommandé dans ces derniers temps l'emploi du sous-carbonate de fer, qu'il regarde presque comme un spécifique. Enfin tous les médicamens qui appartiennent à la classe des antispasmodiques ont été employés. Nous citerons, entre autres, la valériane, l'oxide de zinc, l'assa-fœtida, le camphre. Relativement aux bains, les uns ont préconisé les bains chauds, d'autres les bains froids; les bains sulfureux sont ceux auxquels on donne la préférence à l'hôpital des Enfans malades de Paris.

Depuis le 1er janvier 1833, dix-huit choréiques ont été soumis à l'usage des bains sulfureux. De ce nombre, se trouvaient six garçons admis dans le service de M. Guersent; chez trois, ce moyen a été exclusivement employé, et la guérison a eu lieu au bout de douze, dix-huit et trente-six jours. Un autre a éprouvé une amélioration notable après le sixième bain; ennuyé du séjour de l'hôpital, il l'a quitté contre le gré du médecin. Cette médication a complètement échoué dans deux cas de chorée compliquée. Le premier de ces cas est relatif à un enfant de cinq ans qui fut affecté de chorée depuis son enfance. C'est à quatre mois que les premiers mouvemens choréiques ont été observés; il est en outre atteint d'idiostisme; tout porte à croire que, dans ce cas, il existe une lésion de l'encéphale. Dans un autre cas, la chorée se manifesta immédiatement après l'ouverture d'un abcès froid siégeant dans la fosse sous-épineuse droite; les membres du côté droit du corps étaient seuls affectés. Les bains sulfureux, puis les bains froids, puis la valériane et les pilules de Méglin échouèrent complètement; les purgatifs furent aussi vainement employés. Le malade est venu deux fois à l'hôpital, où il a passé environ un an; il est sorti comme il était entré, sans avoir éprouvé le moindre soulagement.

Dans le service des filles, dont M. Baudelocque était chargé pendant le semestre d'hiver, douze choréiques ont été traitées par les bains sulfureux. Chez dix, la maladie s'est terminée par une guérison complète sous l'influence de ce moyen. Au moment où l'on a commencé l'usage des bains sulfureux, la maladie durait depuis huit jours, chez d'autres depuis trois semaines, deux et même trois mois. La demi-moyenne du traitement a été de vingt-quatre jours. La onzième des douze malades a succombé à une péritonite intercurrente; enfin la douzième s'est adonnée à la masturbation, sous l'influence de laquelle la chorée s'était manifestée; elle n'a éprouvé qu'un faible soulagement. D'autres médicamens, entre autres la strychnine et la valériane, ont été employés sans succès. Cette malade, qui est à l'hôpital depuis huit ou neuf mois, est traitée depuis quelque temps par l'oxide de zinc. Son état paraît s'être notablement amélioré sous l'influence de cette médication, prescrite par M. Jadelot.

Mode d'administrations des bains. Dès le lendemain de l'entrée des malades à l'hôpital des Enfans, on commence l'usage des bains sulfureux qui sont préparés de la manière suivante :

Prenez : Sulfure de potasse. . . 4 onces.
Pour un bain de huit voies d'eau, à la température de 26° Réaumur.

On en administre un chaque jour, à l'exception des jeudis et dimanches. La boisson ordinaire des malades est l'infusion de tilleul et de feuilles d'oranger. Pour aliment, on leur accorde des demi-portion des hôpitaux. La médication par les bains sulfureux doit être employée avec persévérance. Chez quelques malades, l'amélioration ne s'est manifestée qu'après le douzième ou le quinzième bain; mais dès ce moment elle a été rapide, et la guérison n'en est pas moins solide. Dans le plus grand nombre des cas, l'amélioration se fait remarquer dès les premiers bains. Chez un jeune malade des environs de Paris, atteint d'une chorée des plus intenses, qui avait marché malgré l'application de quatre-vingts sangsues le long du rachis, un amendement notable eut lieu après le cinquième bain; le changement frappa ses parens, qui vinrent le visiter huit jours après son entrée à l'hôpital.

Ainsi, l'administration des bains sulfureux dans la chorée des enfans a de grands avantages, puisque sur dix-huit malades traités par ce moyen quatorze ont été guéris. Ce résultat n'a été donné encore par aucun traitement dans cette maladie rebelle. T. Constant.

DES APHTES CHEZ LES ENFANS

Et de leur traitement.

Les aphtes comptent parmi les maladies les plus redoutables de l'enfance. L'anxiété, la douleur qui les accompagne, la rapidité avec laquelle ils se propagent de la muqueuse buccale aux muqueuses de l'estomac et des intestins, le trouble qu'ils suscitent dans les digestions, l'irritation que leur présence entretient dans l'appareil nerveux, enfin la difficulté de les atteindre lorsqu'ils ont gagné la profondeur du tube digestif, toutes ces circonstances rendent cette affection aussi dangereuse que rebelle, et justifient l'intérêt que les praticiens attachent à la recherche de leurs causes, comme à la connaissance des moyens de la guérir. Passons en revue les caractères principaux de cette grave maladie, nous dirons ensuite les moyens les plus efficaces pour s'en rendre maîtres.

Les aphtes sont de petites pustules qui naissent sur la muqueuse des premières voies, sous la forme de petits boutons blancs ou jaunâtres et transparens. Ils occupent différens points de la surface de cette muqueuse. Tantôt ils se bornent à la bouche, affectant à la fois

les lèvres, la langue, le palais, l'intérieur des joues, ou bien ils atteignent la luette, les amygdales, le pharynx; tantôt ils se développent exclusivement dans le trajet de la muqueuse pharyngienne, s'arrêtent à l'extrémité inférieure de ce canal, ou bien s'engagent dans l'œsophage; tantôt enfin ils occupent l'estomac et les intestins: mais le plus souvent ils se montrent d'abord à la bouche, et puis se développent successivement dans la continuité de la muqueuse gastrique, de manière à occuper toute l'étendue de cette membrane, depuis la bouche jusqu'à l'anus. Ceux-ci sont les plus graves.

Développés sous forme de boutons ou de petites pustules, les aphtes s'altèrent bientôt après, sans cesser pour cela d'être plus douloureux. Quelquefois on les voit aussi tourner à la gangrène; ce qui est indiqué tout à la fois par l'aspect noir et livide de ces pustules et par les symptômes ataxiques et de prostration qui se développent chez les malades.

Les causes les plus communes de cette affection sont la malpropreté des enfans, l'usage de la bouillie, le séjour dans des réduits mal aérés ou humides; enfin un lait trop vieux. Roses, qui a fait un excellent traité des maladies des enfans, donne à l'existence de celle-ci une cause que nous devons signaler : elle consiste dans l'habitude qu'on laisse prendre aux enfans de s'endormir le sein dans la bouche. Une partie du lait qu'ils ont pris, dit ce médecin, s'aigrit alors et fait naître des aphtes.

De quelque manière que les aphtes se soient développés, on reconnaît leur présence à la vue de cette éruption, quand elle siège à l'entrée de la muqueuse gastrique, ou bien a une collection de phénomènes caractéristiques. Les enfans ont les traits contractés; ils crient sans cesse; ils ne peuvent prendre le sein, ou le garder quand ils l'ont pris; ils ont des vomissemens fréquens, le hoquet, ils s'agitent, éprouvent des sursauts involontaires; enfin, lorsque les aphtes ont envahi le tube digestif, l'assimilation est difficile ou même impossible, et un dévoiement blanchâtre et grumeleux, fort analogue à du lait caillé, atteste que le lait dont ils font leur nourriture ne peut arriver jusqu'aux secondes voies. Dans ces circonstances, au mal que produisent les aphtes se joint le mal de la faim : alors il n'y a pas de temps à perdre, la mort est inévitable si on ne vient à bout de rouvrir les voies à la transmission du chyle, en guérissant les aphtes qui ferment l'orifice des vaisseaux chylifères. Tel est le tableau sommaires des aphtes chez les enfans : voyons leur traitement.

A l'égard de cette maladie comme de toutes les autres, le mieux, c'est de la prévenir. Le moyen n'est pas très-difficile, pour peu que la nourrice soit intelligente : elle n'a qu'à soigner la bouche de son nourrisson de manière à enlever les restes de lait ou de muscosités qui séjournent souvent dans sa cavité, et ensuite à l'absterger avec une décoction de guimauve, par exemple, ou une infusion de romarin, suffisamment édulcorée, si la muqueuse buccale est molle et fongueuse. Dans ce dernier cas, on peut ajouter à l'infusion destinée à cette lotion une cuillerée de vin généreux. Le procédé pour faire cette petite opération consiste à tremper un linge dans l'infusion, à entortiller ce linge au bout du doigt, à le promener ainsi doucement et à plusieurs reprises sur tous les points de l'intérieur de la bouche de l'enfant. Cette opération sera répétée plusieurs fois le jour, en choisissant de préférence l'instant où l'enfant vient de se réveiller. Outre cette précaution, on veillera à tenir l'enfant dans des langes bien secs, et lui donner toujours du bon lait.

Lorsque les aphtes ont déjà paru, le traitement diffère en raison de leur état plus ou moins avancé. Il faut se rappeler que cette affection n'est presque jamais purement inflammatoire, malgré la vivacité des douleurs et la chaleur brûlante qui les accompagne. La plupart des symptômes sont le fruit d'une irritation nerveuse, contre laquelle il faut autre chose que de vrais antiphlogistiques. Si les aphtes s'accompagnent d'une forte irritation, des lotions avec de la décoction de guimauve faite avec une tête de pavot sont indiquées toutes les fois que l'éruption est accessible; lorsqu'ils sont situés profondément, la même décoction ou une autre semblable édulcorée avec le sirop de mûres doit être donnée par cuillerées à l'enfant, ou mieux encore on fera prendre à la nourrice une boisson du même genre, afin de délayer son lait; on pourra ajouter en même temps à cette liqueur une vertu légèrement calmante : on administrera aussi à la nourrice une ou deux fois par jour une demi-once de sirop diacode. Des adoucissans et des calmans très-doux, pris par la nourrice ou administrés à l'enfant lui-même, sont l'unique traitement qui convienne à la période d'irritation des aphtes. La dose du calmant à employer, lorsque c'est à l'enfant qu'on veut le donner, est d'une, deux ou trois gouttes de laudanum, deux fois par jour, dans une cuillerée de sirop de mûres ou d'un autre sirop. Aussitôt après que l'irritation inséparable des premiers temps de la durée des aphtes s'est apaisée, c'est aux doux stimulans qu'il faut recourir. Si l'on peut atteindre l'éruption dans la bouche, on bassine cette cavité avec une infusion de sauge édulcorée avec du miel, dans laquelle on jette quelques gouttes d'acide sufurique, jusqu'à agréable acidité; ou bien on commence par toucher chacun de ces aphtes légèrement avec un morceau de pierre d'alun, après quoi on bassine comme nous venons de l'indiquer. Cette opération sera répétée quatre, cinq ou six fois toutes les vingt-quatre heures. A la place d'une infusion de sauge et de l'acide sulfurique que nous avons proposés, on peut se servir de toute autre décoction ou infusion de plantes excitantes édulcorée, et y faire dissoudre deux ou trois grains d'alun, de manière à communiquer à ce mélange une saveur un peu acerbe. Quand les aphtes sont internes, outre les adoucissans et les calmans que nous prescrivons à la nourrice, on tâche de faire couler au petit malade une décoction de guimauve ou autre émollient, édulcorée avec du miel rosat. Cette décoction se donne par cuillerées à café, toutes les deux heures. L'usage des fomentations sur le ventre de l'enfant, des lavemens de même nature, sont indiqués en même temps pour les coliques et les tranchées dont les aphtes peuvent s'accompagner. Relativement à la nourriture, on supprimera entièrement l'usage des bouillies ou des panades, pour la réduire à l'usage exclusif du sein; il est entendu que si la nourrice était trop âgée, ou que son lait fût altéré, on la remplacerait à l'instant où l'on

s'est aperçu qu'elle compromettait la santé du nourrisson. F. G.

CHIMIE ET PHARMACIE.

REMARQUE

SUR L'EMPLATRE DE MÉLILOT COMPOSÉ,

Par M. Servant, pharmacien,

Collaborateur de M. J. B. Caventou.

Il est un certain nombre de préparations pharmaceutiques connues dès long-temps, dont l'ancien et le nouveau Codex ne font point mention : on en trouve la description dans de vieilles pharmacopées particulières, et s'il fallait remonter à l'origine de ces mêmes préparations, il serait bien difficile, peut-être, de découvrir leur auteur. Quoi qu'il en soit, les pharmacopées les plus récentes contiennent la plupart de ces préparations ; elles sont transcrites presque mot pour mot, on remarque toutefois quelques différences que l'on pourrait raisonnablement attribuer à la faute des copistes qui se sont succédé à de certaines époques. Lémery et Baumé ont été de vrais pharmacologues ; ils ont fait eux-mêmes toutes les préparations dont ils nous ont donné les recettes, ou du moins ils ont eu soin d'indiquer les corrections nécessaires. Morelot et M. Virey ont fait en grande partie leurs pharmacopées avec celles des deux précédens auteurs, et les ont enrichies des lumières de la chimie moderne : cependant elles sont loin d'offrir le complément désirable, on y trouve des recettes de médicamens que la pratique et le raisonnement trouvent très-difficilement exécutables. Ce n'est pas seulement l'emplâtre de mélilot composé qui m'a donné l'occasion de faire ces réflexions : déjà bien d'autres préparations m'en avaient fourni le sujet. Qu'en résulte-t-il ? Le pharmacien praticien est obligé de tâtonner, d'expérimenter de diverses manières pour obtenir le produit qu'il désire ; il perd son temps, et le pis de tout cela, c'est que les préparations obtenues de la sorte ne sont point identiques.

Ces graves inconvéniens m'ont suggéré l'idée de demander s'il ne serait pas possible de faire une pharmacopée théorique et pratique qui ne présenterait que des recettes certaines, éclairées, quand cela deviendrait nécessaire, de raisonnemens appuyés sur des faits bien avérés. Il m'a semblé qu'un tel ouvrage serait bien digne d'occuper la société de pharmacie. Elle réunit dans son sein tous les élémens désirables : chacun apporterait ses matériaux à chaque séance ; ils y seraient discutés, commentés, arrêtés et envoyés à une commission spéciale, renouvelée chaque année, et qui à cette époque ferait un compte rendu de ses richesses. Un tel travail serait long sans doute, mais qu'importe le temps, puisqu'il aurait pour but d'éclairer sur des objets qui existent et qui doivent exister long-temps, en un mot sur la partie officinale de la pharmacie.

Je reviens à l'emplâtre de mélilot composé. J'avais dernièrement à préparer une certaine quantité de cet emplâtre, et pour cela j'ai consulté vainement Baumé et le Codex qui n'en parlent point ; j'ai donc eu recours à Morelot et à M. Virey : les deux recettes sont les mêmes. Il est indiqué seize onces et demie de poudres diverses à incorporer dans douze onces de cire jaune, six onces de térébenthine et deux onces et demie de suif. Jusqu'ici on ne trouve dans cette recette qu'une trop grande quantité de poudre pour celle des excipiens ; mais les auteurs prescrivent des huiles de mélilot et de camomille s. q. : *c'est ici le vide de la recette.* Quelle est cette quantité suffisante ? c'est au praticien à le deviner : n'eût-ce pas été plutôt le devoir de l'auteur de l'indiquer ?

J'ai ajouté d'abord quatre onces de ces huiles, mais l'emplâtre était dur et pulvérulent ; j'en ai remis encore deux onces, et j'ai obtenu le résultat convenable. Ainsi pour suivre les recettes décrites dans les pharmacopées de MM. Morelot et Virey au sujet de l'emplâtre de mélilot composé, il faudra faire cette correction : au lieu de, huiles de mélilot et de camomille *s. q.*, mettre, *de chaque trois onces.*

Servant.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

—

DE LA DIGITALE POURPRÉE

ET

DE SES EFFETS PHYSIOLOGIQUES ET THÉRAPEUTIQUES.

Quoique la digitale pourprée ne soit pas très-ancienne dans la matière médicale, elle a été certainement un des remèdes les plus employés. Il est assez rare d'ouvrir un recueil périodique national ou étranger, sans y trouver des observations relatives à l'usage de cette substance. Eh bien! malgré un si grand nombre d'essais et de faits, on n'est pas même d'accord sur les propriétés de la digitale qui ont le plus frappé et occupé les médecins depuis Cullen; je veux dire sur la faculté qu'on lui a reconnue de ralentir le pouls, et sur les vertus diurétiques qu'on lui accorde. Tout est, pour ainsi dire, encore en problème, et malheureusement quand les auteurs paraissent se mieux accorder pour l'affirmative, c'est presque toujours en se recopiant les uns les autres. Voici, au reste, tout ce qu'ils ont dit de positif:

Action diurétique.

Dès 1721, la digitale pourprée se trouve mentionnée dans la pharmacopée de Londres comme diurétique. Darwin, en 1780, vantait ses propriétés contre les hydropisies. Dracke et fowler, depuis, ont attribué à la digitale d'augmenter l'absorption. D'après les observations du docteur Jaurias, la digitale serait notre meilleur hydragogue. Kluyskens, en admettant ces propriétés, s'appuie de l'autorité de Blackall, qui a démontré, dit-il, que des remèdes diminuant la circulation, peuvent augmenter l'absorption, produire une diurèse et guérir l'hydropisie; il admet, avec cet auteur, que telle est l'action de la digitale, et qu'elle n'est diurétique que quand elle réduit le pouls. Plus loin, il dit, au contraire, que quelquefois la digitale agit tout-à-coup quand elle a paru pendant assez longtemps sans effet: l'effet diurétique, dit-il, peut arriver sans les autres, et même il cite Withering, qui a vu l'effet diurétique cesser quand les autres venaient; il ajoute que la digitale n'est diurétique seulement que quand il y a hydropisie; car dans l'état de santé elle ne l'est pas. MM. Mérat et Delens croient qu'elle est constamment diurétique; M. Barbier, au contraire, a peu de confiance dans la digitale sous ce rapport, et cependant, en décrivant ses effets, il remarque qu'elle augmente la sécrétion des urines et rétablit l'absorption.

Il est évident, quand on fait quelques recherches à cet égard, que les auteurs se sont presque tous recopiés pour admettre le fait, et que chacun d'eux doute, hésite, tâtonne, quand il veut parler d'après sa propre expérience.

Action calmante.

Schwilgué et Kluyskens parlent des vertus somnifères de la digitale: Kluyskens semble les admettre, mais Schwilgué ne croit pas qu'il ait encore assez de faits précis pour qu'on considère décidément ce médicament comme hypnotique. M. Barbier, en décrivant les effets de la digitale, affirme que si on force les doses, il survient de la céphalalgie, puis pesanteur, somnolence, engourdissement, accablement. Kluyskens cite l'infusion de digitale comme lotion anodyne dans les éruptions cutanées et les ulcérations douloureuses, au reste, Kluyskens la range parmi les narcotiques, et Schwilgué parmi les toniques.

Action sudorifique.

MM. Mérat et Delens, après M. Barbier, croient que la digitale pourprée est quelquefois sudorifique. Les autres auteurs, pour la plupart, ne font pas mention de cette propriété. M. Barbier cite à l'appui de son opinion une seule observation; il dit aussi quelques mots de la propriété qu'on a cru lui remarquer d'exciter le système génital, propriété dont les autres auteurs ne parlent pas.

Action éméto-catartique.

Boerrhaave a rangé avec raison la digitale pourprée dans les plantes vénéneuses; il affirme qu'elle enflamme vivement l'estomac et l'œsophage, et qu'elle y produit des ulcérations. Au rapport de Bulliard, elle produit des vomissemens, des superpurgations et des coliques. Il ne lui attribue pas d'autre effet et remarque seulement que quelques vieux praticiens donnent sa décoction comme purgative à petite dose. Ferrein dit que la digitale purge par haut et par bas, et que, par conséquent, il ne faut la prescrire qu'aux gens robustes. Il en conseille deux poignées en décoction dans une pinte de bierre. Suivant Geoffroy, J. Ray dit que la digitale est émétique. Dodonée raconte que des personnes ayant mangé des gâteaux où il y en avait, s'étaient trouvées mal et avaient vomi. Lobel rapporte que, dans le Sommerset, le peuple fait vomir et purge avec la décoction de digitale. On est frappé, au reste, de la différence qui se trouve entre les opinions des plus anciens auteurs et des modernes, sur les propriétés éméto-cathartiques de cette plante. Les anciens ne voyaient que celles-là; les modernes les ont presque négligées pour s'occuper des autres.

Action sur le pouls.

Quant à la vertu que possède la digitale de ralentir le pouls, les auteurs ne sont pas plus d'accord. M. Barbier commence son article en constatant que cette propriété est encore maintenant le sujet d'une grande contestation. C'est Cullen qui a signalé le premier ce phénomène remarquable, sur lequel nombre d'auteurs sont revenus depuis. Suivant M. Barbier, quand on donne pendant quelque temps de la digitale pourprée à assez forte dose, ce ralentissement augmente de ma-

nière même à donner de l'inquiétude, et il remarque, avec Vassal, que le phénomène est plus sensible quand le cœur est hypertrophié et le pouls habituellement fort; il ajoute cependant qu'il y a bien des cas où il n'arrive pas, quoiqu'on donne beaucoup et journellement de cette substance; que quand le phénomène arrive, le pouls est en même temps irrégulier, inégal, intermittent; suivant Schwilgué, il devient surtout dur.

On a contesté cette propriété à la digitale. Ainsi M. Orfila a pris tous les jours, pendant un mois, de 4 à 20 grains de poudre de digitale sans la moindre diminution dans les pulsations. Sanders, qui la prescrivait à très-petites doses, rapporte que sur plus de mille personnes à qui il l'a donnée, il a toujours vu ce médicament augmenter la force et la fréquence du pouls, et même aller jusqu'à produire une fièvre inflammatoire, si on augmente les doses ou si on continue long-temps l'administration de la digitale; il prétend que c'est seulement par un effet consécutif que quelquefois le pouls baisse après une réaction toujours constante. M. Begin et l'école de l'irritation attribuent le défaut de ralentissement du pouls qu'on remarque quelquefois, à l'état phlegmasique dans lequel se trouve l'estomac quand on donne la digitale; et M. Barbier, au contraire, fait remarquer qu'en donnant la digitale en frictions sur les diverses parties du corps, elle n'attaque plus les intestins, et chose remarquable, ne cause plus de ralentissement dans le pouls. Il ajoute que cette méthode lui a plusieurs fois réussi. Que croire, au milieu de tous ces doutes et de ces assertions contradictoires? Et pourtant ces incertitudes ne sont rien encore en comparaison de celles qui règnent sur les propriétés thérapeutiques de la digitale. Il suffit, pour s'en convaincre, de jeter un regard sur ce que les auteurs disent.

La digitale a été préconisée contre une foule d'affections, et, chose remarquable et que nous avons besoin de ne pas perdre de vue, c'est surtout contre certaines affections très-difficiles à guérir et d'une nature fort douteuse, que son efficacité a surtout été célébrée. Ainsi Ferrein dit quelle est estimée pour guérir l'apoplexie invétérée, et il la prescrit alors à la dose effrayante de deux poignées en décoction dans une pinte de bière. Parkinson, qui la prescrit de la même manière, assure qu'elle est très-efficace contre l'épilepsie. M. Alibert rapporte cette opinion sans se prononcer sur la valeur du remède, et Kluyskens pense que ses propriétés diurétiques la rendent très-utile dans *l'épilepsie par effusion séreuse dans le cerveau.*

Au rapport de ce dernier auteur, elle a été employée avec avantage dans l'asthme humide et la dyspnée séreuse; elle a été vantée dans le catarrhe sénile, dans les infiltrations cellulaires bronchiques et pulmonaires, dans l'asthme spasmodique et la phthisie pulmonaire, par MM. Comte, Ferriar, Drake, Beddoes, Fowler, Darwin. Bacher a loué ses vertus contre la phthisie avec infiltration; pourtant Bayle, qui l'a essayée, ne l'a pas vu réussir. Suivant Darwin, elle réussit dans les hydropisies, mais jamais dans les hydrothorax; et cependant MM. Comte, Vassal et Babab l'ont préconisée pour les cas d'hydrothorax, et c'est spécialement pour ce cas qu'elle l'a été par Hamilton.

Ulvius l'a recommandée contre l'hydrocéphale aiguë, et elle a été employée contre le croup et la péripneumonie. Dans ces derniers temps même, les médecins italiens et l'école du controstimulisme l'ont considérée comme éminemment controstimulante, et l'ont conseillée spécialement contre la péripneumonie. Ferriar l'a louée contre les hémorrhagies actives.

Darwin, le premier l'avait employée contre les hydropisies commençantes. Withering en avait étendu et régularisé l'usage dans les mêmes cas, et depuis, un grand nombre d'autres ont vanté ses vertus dans des cas analogues, surtout quand on reconnaissait des signes d'atonie, quand l'hydropisie ne faisait que commencer, ou bien quand c'était une leucophlegmasie dépendante de quelque altération du cœur ou des gros vaisseaux. Elle n'était pas utile, disait-on, dans les ascites anciennes et dans les hydropisies enkistées. M. Kluyskens remarque que la supériorité de la digitale sur d'autres diurétiques est plus manifeste dans l'hydrothorax que dans l'ascite ou l'anasarque.

Enfin, la digitale a encore été préconisée contre les palpitations nerveuses, les névroses, les paralysies, la chlorose, la manie, surtout celle qui dépend de quelque affection abdominale, les fièvres, l'ictère, les suppurations abondantes, la leucorrhée, la goutte, les rhumatismes chroniques, le rachitis, l'insomnie, l'embonpoint excessif; elle a été vantée surtout contre les scrophules, par Haller, et par presque tous les auteurs qui en ont parlé, notamment Hufeland; contre les tumeurs froides, les squirres, la lèpre, les teignes, les ulcérations douloureuses, et pour approprier la digitale à toutes ces indications, on lui a fait prendre toutes sortes de formes, en sorte qu'elle entrât à la fois dans le traitement par le dedans et par le dehors. Enfin, et c'est surtout dans ces derniers temps qu'on a tenté le plus d'expériences à ce sujet, on a voulu profiter de son action sur la circulation pour donner au cœur un peu de repos, et tenter par là de remédier à certaines altérations de cet organe. M. Barbier vante son utilité dans les maladies du cœur sans oligotrophie. Elle est très-usitée comme vulnéraire en Italie, au rapport de Ferrein, recopié sur ce point par ses successeurs.

Certes, si toutes ces propriétés de la digitale étaient bien reconnues et bien démontrées, on pourrait dire à juste titre qu'il n'y a pas dans la matière médicale de remède plus utile. Mais il suffit de jeter un coup d'œil sur le tableau abrégé que nous venons de faire des opinions des auteurs à cet égard pour perdre une illusion si flatteuse; n'y voit-on pas au premier coup d'œil que beaucoup des assertions des auteurs se contredisent, non-seulement quand il s'agit des propriétés physiologiques de la digitale, mais encore sur ses vertus thérapeutiques. Quand les auteurs ne se contredisent pas, ils vantent ses vertus contre des affections sur lesquelles tout récemment l'anatomie pathologique a fait des progrès décourageans pour la thérapeutique; ou bien, sur des affections telles, que, quand elles guérissent, on peut avec raison douter que l'action de la digitale ait une part réelle dans le mieux-être du malade. Je n'ai pas besoin d'insister sur ces remarques pour me trouver autorisé à conclure avec MM. Alibert, Barbier, Mérat et Delens, que tous ces succès sont

contestables et contestés, que cette incertitude demande de nouvelles expériences, et que la digitale pourprée mérite, soit par ce qu'on en a dit, soit par la puissance qu'elle manifeste dans l'ordre toxicologique, que ces expériences soient faites.

Or, voici ce que j'ai vu à cet égard pendant les années 1827, 1828 et 1830 dans les différens services des hôpitaux confiés à M. Bally, où j'ai recueilli cinquante-sept observations de malades auxquelles ce médicament fut administré. Dans cet espace de temps, je l'ai vu sans doute prescrire encore à beaucoup d'autres, mais ceux dont je parle ici sont les seuls sur qui j'ai des notes précises, et, quoique ce soit fort peu que cinquante-sept observations pour se faire une idée juste de la valeur thérapeutique des médicamens dont les propriétés sont si complexes, soit qu'on les envisage en elles-mêmes, soit qu'on s'en rapporte aux témoignages si divers des auteurs, néanmoins ce nombre me paraît déjà assez considérable pour fixer quelques idées sur la valeur de ce moyen, sinon dans tous les cas, du moins dans quelques-unes des maladies contre lesquelles on l'a plus spécialement préconisé. J'invoque avec instance des expérimentations plus nombreuses, et je serai heureux si les résultats que je tirerai des miennes, amènent enfin sur la matière un travail plus digne. Je ne puis répondre que de ma véracité, et du soin que j'ai mis à constater exactement tout ce que l'observation attentive et consciencieuse m'a présenté. Je ne nie, je n'affirme rien de ce qui a été vu par d'autres, et, tout en donnant mes conclusions, je préviens que je n'ai pas la prétention de leur faire dépasser les limites de mon observation.

On a prescrit et vanté plus spécialement, sous certains rapports, plusieurs sortes de digitale; je n'entrerai pas dans ces discussions, que je regarde comme prématurées. Celle dont j'ai pu constater les effets était la digitale pourprée, cultivée, telle qu'on l'emploie dans les hôpitaux de Paris; elle était récente et de bonne qualité, la même pour toutes ces expériences.

En en employant une seule espèce, on a des résultats plus comparables, et en la prenant cultivée on a l'avantage de l'avoir toujours pareille, sinon toujours de l'espèce la plus puissante; du moins les résultats ne sont pas entachés de doutes sur l'authenticité de l'origine, l'âge de la plante quand la feuille a été cueillie, etc. On donne d'ailleurs différentes préparations de digitale; on la prescrit en extraits aqueux ou alcoholique, ou éthéré, en décoction, en infusion, en poudre, en frictions, à l'intérieur par la bouche et en lavement, mêlée ou non avec la ciguë, la scille, etc.; en teintures de diverses sortes, en onguens sous toutes sortes de formes. Les auteurs ont beaucoup discuté sur la valeur de chacune de ces préparations, et on ne peut nier que la forme sous laquelle la digitale a été donnée n'ait pas jeté quelque doute de plus dans les données du problème. Pour bien connaître ce médicament, il fallait adopter un mode de préparation qui fût toujours le même, et qui conservât toutes les propriétés du médicament, ni plus, ni moins. La poudre de feuille a donc été préférée, très-rarement a-t-on donné l'extrait alcoolique ou la teinture éthérée, et toujours à si petite dose qu'aucun effet n'a pu être constaté; on commençait toujours par un ou deux grains, une ou deux fois dans la journée, on en élevait lentement et graduellement les doses, suivant les résultats obtenus.

Dans les cinquante-sept maladies se trouvent trente et une maladies du cœur, dont :

13 Hypertrophies sans dilatation.

8 Hypertrophies avec dilatation.

8 Dilatations sans hypertrophie.

1 Cas de palpitations nerveuses, c'est-à-dire, de palpitations irrégulières qui laissaient, pendant l'intervalle des accès, le cœur dans l'état normal, et qui, même quand elles se faisaient sentir le plus, ne se rapportaient, par des signes certains, à aucune altération présumable de l'organe.

1 Cas de bruit de soufflet, constant et assez fort, dans le cœur, sans autre signe d'altération; il tenait probablement à quelque rétrécissement des orifices.

Il faut remarquer qu'un assez grand nombre de ces sujets à maladie du cœur avaient de l'infiltration dans les membres inférieurs, et quelques-uns même une infiltration générale est prononcée.

1 Malade avait un asthme, c'est-à-dire, une dyspnée continuelle avec expectoration excessivement abondante de liquide filant, aéré et tenace; nous n'avons jamais pu découvrir à qu'elle espèce d'altération cette affection singulière, et qui durait depuis trois ans, était due.

1 Autre malade présentait une fréquence très-considérable du pouls, et cette fréquence, survenue à la suite de douleurs très-vives le long du trajet du nerf sciatique, était due, comme l'ouverture du cadavre nous le prouva plus tard, à un abcès profondément formé dans la partie postérieure et supérieure de la cuisse, et communiquant dans le petit bassin.

8 Phthisies confirmées, plus ou moins avancées.

2 Dyspnées qui n'étaient explicables que comme bronchites chroniques, et par la quantité très-considérable de mucosités filantes que rendaient les malades.

1 Bronchite chronique simple.

Outre les anasarques dépendant des maladies du cœur dont nous avons parlé, nous avons vu traiter par ce moyen deux hydropisies, c'étaient :

1 Édème essentiel, survenu sans cause connue, et en une nuit.

1 Ascite simple, c'est-à-dire, succédant à une péritonite, mais qui n'avait rien conservé de nature inflammatoire.

7 Malades affectés de l'épidémie d'alors, c'est à-dire, de l'acrodynie ou chiropodalgie, et à des degrés différens, mais tous très-prononcés.

1 Tumeur squirreuse de l'ovaire.

1 Amenorrhée, dont la cause nous demeura toujours inconnue.

1 Hypocondrie.

Enfin, 1 individu qui vint quelques jours à l'hôpital pour s'y reposer, et qui n'avait pas de maladie, en reçut également et par comparaison.

Sur ces malades, 10 n'en ont pas pris plus de 2 grains en deux fois; 6 plus de 3 grains; 9 plus de 4 grains; 10 plus de 6 grains; 2 plus de 8 grains : en trois fois, 5 n'en ont pas pris plus de 9 grains; 3 plus de 12 grains; 1 plus de 14 grains; 1 plus de 15 grains; 1 plus de 16 gr.; 1 plus de 24 grains; 1 plus de 40 grains.

Les autres en ont pris moins de 2 grains, ou ont reçu d'autres préparations de digitale; et je dois faire remarquer que les fortes doses ont été données en 1827 seulement; en 1828, et surtout en 1830, nous voyons survenir des accidens à des doses très-faibles encore.

Sous l'influence de cette médication, nous avons vu le pouls se modifier de différentes manières.

Il est devenu plus fréquent chez 2 malades qui n'en prenaient que 1 grain par jour; 1 que 2 gr.; 2 que 3 gr.; 2 que 4 gr.; 1 que 6 gr.

Il est assez remarquable que cet effet ait eu lieu à ces petites doses; si une observation semblable se répétait, elle conduirait à expliquer l'opinion de Souders, que la digitale excite la circulation, car on sait que ce médecin, qui en a donné à un très-grand nombre de malades, la prescrivait à très-petites doses.

La circulation a été manifestement ralentie chez deux malades à la dose de 2 grains; 1, à 3 gr.; 2, à 4 gr.; 6, à 6 gr.; 1, à 8 gr.; 2, à 9 gr.; 2, à 12 gr.; 1, à 14 gr.; 1, à 16 gr.; 1, à 18 gr.; 1, à 40 gr.

Ces derniers chiffres sont presque tous de l'année 1827, on voit que parmi ceux qui ont éprouvé du ralentissement, la majorité ne dépassait pas 9 grains, et ce n'est qu'au bout d'un mois, à cette dose effroyable, que celui qui en prenait 40 grains a éprouvé du ralentissement.

Le pouls est devenu très-irrégulier chez 1 malade à 4 gr.; 2, à 9 gr.; 2, à 12 gr.; 1, à 14 gr.; 1, à 16 gr.; 1, à 18 gr.; 1, à 40 gr.

Il est devenu plus régulier chez un malade qui en prenait six grains; deux fois il est devenu plus faible et plus mou, deux fois sensiblement plus dur; cet effet n'avait pas paru tenir aux doses administrées.

Parmi ceux qui n'ont rien éprouvé du côté de la circulation nous en trouvons:

2, à 1 gr.; 7, à 2 gr.; 4, à 3 gr.; 7, à 4 gr.; 6, à 6 gr.; 2, à 8 gr.; 2, à 9 depuis plusieurs jours.

Les autres recevaient d'autres préparations. Ces résultats prouvent au moins qu'à petites doses la digitale n'excite pas toujours la circulation, et en même temps ils démontrent qu'elle ne la ralentit pas dans le plus grand nombre des cas, puisque la minorité seulement de nos malades a présenté ce phénomène. Il faut reconnaître, à la vérité, qu'elle n'a pas toujours été portée jusqu'au point où elle aurait pu modifier la circulation; mais je ne dois pas manquer de faire remarquer que, chez plusieurs de ces malades, elle agissait sur l'encéphale ou sur le tube digestif de manière à forcer d'en suspendre l'administration avant qu'elle manifestât une action sur la circulation.

Étudions maintenant celle qu'elle excerce sur le tube digestif.

Cette action est des plus marquées, elle se manifeste le plus souvent par des nausées, des vomissemens, de la sensibilité, de la chaleur à l'épigastre. Voici le tableau de ce que nos malades ont présenté.

Sous l'influence de la poudre de digitale, nous avons vu survenir:

1 fois un peu de salivation chez une femme qui, pendant plusieurs jours, a pris 8 grains en deux fois pour un œdème des membres inférieurs.

1, une augmentation de l'appétit chez cette même femme.

4, l'amertume de la bouche.

1, des rapports acides.

12, de l'épigastralgie ou la chaleur à l'estomac.

3, un enduit jaunâtre et épais de la langue.

2, la rougeur du même organe.

28, des nausées, qui treize fois furent suivies de vomissemens.

8, des coliques.

6, du dévoiement, et enfin,

2, de la constipation.

Parmi ceux dont les voies digestives furent très-manifestement tourmentées par l'action de la digitale, nous en trouvons:

1 qui en prenait 2 grains; 1, 4; 4, 4; 5, 6; 2, 8; 3, 9; 1, 12; 1, 16, 1, 24.

Chez les autres malades, l'action de la digitale fut trop peu intense pour prouver quelque chose. La puissance connue de la digitale me permet d'ajouter que tous les malades auraient ressenti ses effets de cette manière, si on eût voulu monter les doses; mais je parle de cette substance employée comme médicament, et non pas comme poison. Je fais d'avance la même remarque pour ce que je vais dire de son action sur le système nerveux. Elle a produit:

11 Fois des vertiges avec éblouissemens, étourdissemens, chaleur à la tête.

6, de la céphalagie.

4, des hallucinations.

1, de l'assoupissement.

2, des défaillances complètes, quand les malades voulaient se livrer à quelque mouvement.

4, des angoisses précordiales particulières, et horriblement tourmentantes pour les malades.

3, du délire, dont 2 fois un délire furieux.

Ceux de nos malades qui ont ressenti de cette manière les effets de la digitale, en recevaient:

1, 3 gr.; 3, 4 gr.; 6, 6 gr.; 3, 9 gr.; 1, 10 gr.; 1. 14 gr.; 1, 15 gr.; 1, 16 gr.; 1, 18 gr.

Ce dernier avait été jusqu'à 24 grains, mais des accidens compliqués du côté de l'encéphale et des voies digestives avaient forcé de redescendre les doses.

Les pupilles conservèrent leur dilatation normale chez un individu qui prenait 16 grains de digitale, et qui en éprouva des accidens fort intenses; elles furent contractées chez un autre, qui éprouva aussi des accidens du côté des voies digestives et de l'encéphale, à la dose de 9 grains. Enfin, elles furent dilatées chez quatre sujets qui en recevaient:

Les deux premiers, 6 grains; le troisième, 9; le quatrième, 18. Et qui, à ces doses, éprouvèrent les accidens d'ont j'ai déjà tant de fois parlé. Dans tous les autres cas je n'ai pas remarqué que les pupilles fussent ni dilatées ni contractées, que le malade éprouvât ou non les accidens sus-mentionnés pendant l'administration, même long-temps continuée, de la poudre de digitale.

Les trois individus qui eurent le délire, et qui, par conséquent, en éprouvèrent les accidens les plus graves, en recevaient:

L'un, 9 grains; le deuxième, 16; le troisième, 18, quand ils furent pris de ce délire, le plus grave de tous les symptômes d'empoisonnement par la digitale.

Dans un prochain numéro, nous compléterons le

tableau des effets physiologiques de la digitale pourprée, d'après les faits nombreux qui se sont présentés à notre observation.

D. S. Sandras.

NOTE

SUR L'EMPLOI DE L'OXIDE DE ZINC DANS LE TRAITEMENT DE QUELQUES NÉVROSES CHEZ LES ENFANS.

Jadis presque toutes les maladies convulsives de l'enfance étaient considérées comme dépendantes de la présence des vers dans le canal intestinal. De là l'emploi d'une foule d'évacuans plus ou moins énergiques dont l'action n'était pas toujours sans danger. De nos jours, la plupart des praticiens, qui ne virent dans ces affections qu'un trouble de l'innervation constamment lié à une *inflammation* ou à une *irritation* encéphalique, ne leur opposent que la phlébotomie ou les emissions sanguines locales. L'utilité de la première comme de la seconde de ces méthodes ne saurait être contestée; mais elle ne peut convenir à tous les cas, et c'est à tort que l'on a cherché, dans ces derniers temps, à rayer de la matière médicale la nombreuse classe des antispasmodiques, qui compte quelques médicamens dont l'efficacité a été sanctionnée par le temps et l'observation. A la tête de ces médicamens, nous placerons l'oxide de zinc. Cette substance a subi le sort de beaucoup de remèdes employés contre les névroses. On a tour-à-tour exalté ses propriétés merveilleuses et élevé des doutes sur son efficacité. Gaubius, Delaroche, Baumes et Brachet, de Lyon, l'ont administré avec beaucoup d'avantage dans les maladies convulsives de l'enfance. Ruhs, de Philadelphie, et Lysson le recommandent dans l'épilepsie, Hager et M. Guersent le conseillent dans la coqueluche; Joseph Franck et M. Jadelot l'ont employé avec succès dans le traitement de la chorée. Cependant M. Alibert ne croit pas que l'usage intérieur des fleurs de zinc soit avantageux. Cerminati dit avoir éprouvé en l'administrant de nombreux insuccès. Cette différence d'opinion vient de ce qu'on n'a pas assez distingué les névroses proprement dites des affections céphalorachidiennes dépendantes d'une lésion matérielle des centres nerveux « En attendant cette distinction, dit M. Brachet, nous apprécierons au juste toute la confiance que mérite le zinc. C'est un calmant, un antispasmodique, et rien de plus; donnez-le pour les convulsions, il est précieux; mais pour toute autre maladie il est impuissant; ce n'est pas sur lui qu'il faut compter.

Avant de faire connaître les doses et le mode d'administration de l'oxide de zinc, nous ajouterons, aux faits nombreux rapportés par les auteurs que nous avons cités, quelques observations récemment recueillies à l'hôpital des enfans dans le service de M. Guersent.

Obs. I. Le 1er juillet 1833, on amène à la clinique de l'hôpital des enfans un garçon âgé de quinze mois, que les parens disent atteint d'*éclampsie* depuis environ deux mois, époque de son sevrage. Selon le rapport des parens, les accès reviennent surtout après les repas. Pour s'assurer de l'influence des alimens sur le retour des attaques, on le soumet à la diète pendant deux jours, ce qui n'empêche pas les accès d'avoir lieu. Voici ce qui se passe : l'enfant, habituellement calme et paisible, pousse tout-à-coup des cris et agite beaucoup ses membres; ses traits s'altèrent, l'œil devient le siége de mouvemens convulsifs, la face prend une teinte violacée, ainsi que les extrémités, qui sont affectées d'une légère rigidité. La respiration devient gênée, haletante, précipitée; la circulation s'accélère (nous avons compté pendant un accès jusqu'à cent soixante pulsations et soixante-douze inspirations). Au bout de deux ou trois minutes ces accidens s'apaisent; l'enfant tombe dans un grand affaissement; et au bout d'un quart d'heure environ, toutes les fonctions jouissent de leur intégrité. La peau est fraîche, le pouls conserve seulement une légère fréquence; il n'y a ni toux, ni vomissement, ni diarrhée. Le 2 juillet, on administre un bain tiède, et on prescrit l'usage de l'oxide de zinc à la dose de quatre grains et deux prises. Les jours suivans, les accès se renouvellent, on en remarque quelquefois plusieurs dans la même journée. On augmente progressivement la dose de l'oxide de zinc, qui est très-bien supporté par les voies digestives. Le 7, le malade vomit deux fois; on n'en continue pas moins l'usage de l'oxide de zinc, et les vomissemens ne se renouvellent plus. Le 11, l'oxide est administré à la dose de vingt grains. On suspend les bains, parce que le malade tousse; les selles sont devenues diarrhéiques; le malade n'en a qu'une seule chaque jour. A dater du 12, les accès cessent complètement jusqu'au 22, époque à laquelle les infirmières disent avoir observé un nouvel accès. On garde le malade jusqu'au 30; aucun nouvel accès n'est observé. Les parens ramènent leur enfant à Romainville où ils habitent; on les engage à le ramener, s'il survient de nouveaux accidens. Nous ne l'avons pas revu : preuve que la guérison s'est soutenue. L'oxide de zinc a été porté dans ce cas jusqu'à vingt-huit grains en vingt-quatre heures.

Ce médicament employé seul a souvent, comme on a pu le voir dans le cas précédent, un effet purgatif; il provoque alors une révulsion sur le canal intestinal, qui, maintenue dans de justes limites, est on ne peut plus favorable.

Obs. II. Proteau, âgé de dix ans, admis le 22 juin à l'hôpital, éprouvait depuis six mois des mouvemens convulsifs du bras droit, et des muscles du côté droit de la face, du cou et du tronc. Le côté gauche du corps et l'extrêmité inférieure droite restaient intacts. Les accidens se renouvelaient à des intervalles rapprochés. On les combattit sans succès par l'usage interne de la valériane, et par l'emploi des bains froids d'abord, puis des bains tièdes aromatiques. Pendant le séjour de ce malade à l'hôpital, nous fûmes témoins de quelques accès, qui présentaient des phénomènes dignes de remarque. Chaque attaque s'annonçait par une gêne des mouvemens de la main droite. Le malade éprouvait la sensation d'un corps, qui partait de l'extrémité de l'avant-bras, et remontait vers le tronc; aussitôt les muscles de ce membre, ainsi que ceux du côté droit de la

face, du cou et du tronc entraient en mouvement. Le bras est agité d'un tremblement nerveux. La face présente d'horribles grimaces, l'œil droit roule dans son orbite, la commissure des lèvres s'abaisse et s'élève alternativement. Ces phénomènes persistent deux ou trois minutes au plus. L'enfant ne perd pas connaissance, et n'a pas d'écume à la bouche; il conserve le souvenir de tout ce qu'il éprouve et décrit très-bien les accès. Le bras droit reste faible après chaque attaque, mais cette faiblesse n'est plus sensible à une époque éloignée du dernier accès. Dans une seule journée, le malade a éprouvé jusqu'à sept accès semblables; quelquefois plusieurs jours se passaient sans qu'ils se renouvellassent. Le 23, on commença l'usage de l'oxide de zinc associé à l'extrait de jusquiame. On donna d'abord quatre grains de chacune de ces substances, et on augmenta graduellement la dose, qui fut portée jusqu'à trente grains dans les vingt-quatre heures. On seconda l'effet de ce moyen par l'usage des boissons de tilleul et de feuilles d'oranger, et par l'emploi des bains. Sous l'influence de cette médication, les accès s'éloignèrent; ils devinrent de moins en moins intenses. Les voies digestives ne donnèrent jamais le moindre signe de souffrance. Cet enfant se promenait dans la cour, et se livrait aux jeux de son âge pendant une grande partie de la journée. Il n'avait pas eu d'accès depuis quinze jours environ, lorsqu'il demanda sa sortie dans les premiers jours d'août. Depuis lors, nous ne l'avons plus revu; tout porte à croire que sa guérison a été complète.

Obs. III. Un garçon de cinq ans, d'une constitution grêle, nerveuse, irritable, était atteint de coqueluche depuis environ deux mois, lorsqu'il fut admis à l'hôpital. Les accès étaient bien caractérisés; la toux revenait par quintes, était accompagnée de sifflement, et suivie de vomissement; il y avait en même temps rougeur et tuméfaction de la face et du cou. Quelquefois des mucosités sortaient par les fosses nasales. Pendant quelques jours la maladie fut abandonnée à elle-même; on voulut s'assurer de l'influence du séjour à l'hôpital sur la marche de la maladie. On soumit le malade au régime du lait, on employa les boissons pectorales. Sous l'influence de ces moyens, les quintes, dans le rapport de leur fréquence et de leur intensité, ne subirent aucune modification. On eut alors recours à l'oxide de zinc: il fut donné seul à la dose de quatre grains d'abord en deux prises; on augmenta graduellement la dose, et on la porta jusqu'à douze grains. Sous l'influence de cette médication, les quintes diminuèrent de fréquence, et, au bout de dix jours, la toux avait tout-à-fait cessé d'être quinteuse. On continua l'oxide pendant quelques jours après la disparition des quintes, en diminuant toutefois la dose, et l'enfant fut rendu à ses parens entièrement guéri.

Le même médicament associé à l'extrait de Belladone a été aussi employé avec succès chez quelques autres malades.

Nous nous contenterons de ces trois faits, auxquels nous pourrions en joindre quelques autres, ils suffiront pour appeler l'attention du thérapeutiste sur un médicament qui est trop peu employé de nos jours.

Mode d'administration. L'oxide de zinc, qu'on trouve également désigné dans les différentes pharmacopées sous le nom de *fleurs de zinc*, de *poudre blanche de zinc*, de *nihil album*, *lana philosophica*, etc., est d'une administration facile. Cette substance, étant insipide et inodore, est prise sans répugnance par les enfans; on la donne seule ou associée avec d'autres substances, et sous toutes les formes. On commence par la dose de quatre grains pour les vingt-quatre heures, et on augmente progressivement la dose jusqu'à trente grains et au-delà. On peut la mêler avec du sucre ou de la gomme pulvérisés. On peut la combiner avec des extraits de ciguë, de belladone et de jusquiame. On sait que les pilules de Méglin, qui ont joui et qui jouissent encore d'une grande faveur, sont composées d'un grain d'oxide de zinc, et d'une égale quantité d'extrait de jusquiame et de valériane.

Voici du reste les formules les plus usitées :

Prenez :	Oxide de zinc.	12 grains.
	Sucre.	1 gros.

Autre.

Prenez :	Extrait de jusquiame noire.	10 grains.
	Oxide de zinc.	6 grains.
	Sucre.	20 grains.

Mêlez, et faites six prises, que vous donnerez de deux en deux heures, en les délayant dans une cuillerée de potion antispasmodique, de tisane ou de sirop. C'est cette formule, légèrement modifiée suivant les cas, que M. Brachet, de Lyon, a employée avec tant de succès dans le traitement des convulsions de l'enfance.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

MODIFICATION

D'UN NOUVEAU PROCÉDÉ D'EXCISION POUR CERTAINS POLYPES DU NEZ.

Un chirurgien de Londres, M. Wately, a publié, en octobre 1805, dans le *Medical and surgical Journal* d'Édimbourg, une observation intéressante de polype du nez. Ce polype occupait la partie postérieure des fosses nasales. La grosseur de son pédicule et le volume que la masse entière avait acquis rendait impossible l'introduction des tenettes. La ligature eût été un moyen infructueux et peut-être funeste, car si elle avait pu, en la resserrant à différentes reprises, déterminer la mortification de la tumeur, la décomposition lente du polype et la matière ichoreuse et même gangréneuse, qui en eût été le résultat, aurait pu, en retombant dans le pharynx, déterminer les accidens les plus funestes, et même la mort, comme j'ai eu l'occasion de l'observer dans une circonstance à peu près analogue. Il était donc rigoureusement indiqué à M. Wately d'exciser le polype qu'il avait à traiter; c'est ce qu'il entreprit.

Les branches des ciseaux, pas plus que celles des tenettes, ne pouvant être introduites entre les parois des fosses nasales et le polype, M. Wately passa un fil à ligature autour de la base du polype, puis, ayant fait maintenir une des extrémités de la ligature pour un aide, il passa l'autre dans un trou pratiqué à la pointe d'un couteau étroit, renfermé dans une gaîne qu'on retirait à volonté. Le couteau ainsi disposé fut introduit, et dirigé en suivant la ligature (sans doute légèrement tendue), entre la paroi de la fosse nasale et le polype. Alors le chirurgien s'étant assuré, en passant l'index dans l'arrière-bouche, que le couteau avait dépassé le polype, en fit l'excision sans plus s'occuper de la ligature. Celui-ci tomba dans l'arrière-bouche, d'où il fut facilement retiré. L'hémorrhagie fut considérable, mais on en triompha par les moyens ordinaires.

Ce procédé m'a paru très-ingénieux et surtout fort utile dans les cas qui, comme je l'ai déjà dit, ne permettent ni l'arrachement, ni la ligature, ni l'excision au moyen des ciseaux. Cependant, il serait téméraire de porter un bistouri dans le fond des fosses nasales sans préablement s'être assuré d'un guide certain; et malgré son incontestable utilité, le procédé du chirurgien anglais peut entraîner sous ce rapport quelques inconvéniens; car sa ligature, après avoir conduit l'instrument tranchant, devient inutile, et l'opérateur est alors obligé de faire l'excision en tâtonnant, n'ayant plus de guide. C'est ce qui arriva à M. Wately, dans le cas rapporté; au milieu de l'opération, il fut obligé d'introduire le doigt dans l'arrière-bouche pour s'assurer, par la pointe du couteau, où en était l'excision. Puis, dans ce procédé, il faut un couteau particulier à gaîne, qui toujours ne se trouve pas sous la main du chirurgien. Ce sont ces inconvéniens que je voudrais éviter, tout en conservant cependant les avantages qu'offre le procédé de M. Wately.

Une ligature étant portée autour du polype, soit avec une sonde en gomme élastique, soit, ce qui est préférable et plus commode, avec une sonde de Bellocq, les deux bouts de la ligature ressortant par la narine, on s'assure, par de légères tractions, si l'anse de la ligature embrasse parfaitement le pédicule du polype. Cela fait, un bistouri *boutonné* ordinaire, mais percé dans le sens de son plat d'un petit trou à sa pointe, reçoit dans cette ouverture l'extrémité de la ligature qui correspond à la paroi externe de la fosse nasale. Aussitôt après que le fil a ainsi traversé le chas que présente le bistouri, on fait derrière lui un nœud assez gros pour que quelques tractions ne fassent pas échapper cette ligature. Le fil doit être passé du côté du tranchant du bistouri, tandis que le nœud appuie sur le dos de l'instrument.

Ces préparations étant faites, on conduit le bistouri entre le pédicule du polype, en tirant sur l'autre bout de la ligature; celle-ci glisse sur la partie postérieure du polype comme sur une poulie de renvoi, et ne tarde pas à amener la pointe du bistouri jusqu'à la partie la plus reculée de la masse charnue. Les choses étant ainsi, le bistouri et la ligature forment une anse continue. L'opérateur saisissant alors le bistouri d'une main et la ligature de l'autre, fait exécuter au bistouri de légers mouvemens de va et vient, pendant qu'il tire sur la ligature. Par ce moyen, la masse polypeuse doit être excisée totalement du premier coup avec la plus grande facilité. Mais si dans ce mouvement il arrivait que le bistouri se plaçât trop obliquement et vînt s'arc-bouter, par sa pointe, entre la paroi interne des fosses nasales, de manière à rendre toute progression impossible, il suffirait, pour un instant, de cesser les tractions sur la ligature pendant qu'on retirerait un peu l'instrument.

Une fois la masse polypeuse excisée, je crois qu'on doit procéder de suite au tamponnement, pour lequel on doit probablement avoir tout apprêté. En effet, les polypes, pour lesquels ce procédé doit être employé, ayant une base très-large, doivent nécessairement, par les vaisseaux qui l'alimentent, fournir une hémorrhagie considérable.

Comme dans le cas de M. Wately, j'ai supposé le polype occupant la partie la plus reculée du plancher des fosses nasales. S'il adhérait aux parois latérales, il serait facile, ainsi qu'on le conçoit de reste, de modifier ce mode opératoire; mais je crois que si le polype occupait la partie supérieure, cette méthode serait peut-être impraticable.

DAUVERGNE.

MALADIES DE LA PEAU.

CONSIDÉRATIONS

SUR LE TRAITEMENT DU PORRIGO (TEIGNE).

Troisième article.

J'ai dit dans mes précédens articles que, des nombreuses espèces que l'on avait à tort désignées sous le nom de *teignes*, il y en avait deux surtout sur lesquelles il était peut-être utile d'appeler l'attention, d'abord parce que les médecins ont l'habitude de les regarder comme des affections à part, et ensuite pour établir les différences qui séparent du genre porrigo les deux éruptions *impétigineuses* : ce sont l'*impetigo larvalis* (croûte de lait, teigne muqueuse), et l'*impetigo granulata* (galons, teigne granulée.)

L'impetigo larvalis est une éruption caractérisée par des pustules psydraciées (*achores* de Willan et Bateman) d'un blanc jaunâtre, qui, réunies en groupes, donnent lieu à la formation de croûtes d'un jaune verdâtre, quelquefois minces et lamelleuses, mais le plus souvent rugueuses et assez épaisses. Cette éruption n'a pas pour siége exclusif le cuir-chevelu : le plus ordinairement, au contraire, elle occupe en même temps le visage, qui quelquefois même est seul affecté; dans ce dernier cas, il est presque entièrement recouvert de croûtes plus ou moins épaisses, qui le cachent comme ferait un masque. D'où lui vient le nom de *larvalis*.

L'*impetigo granulata* est constitué par les mêmes pustules; mais il est surtout remarquable par la présence de petites croûtes grisâtres répandues çà et là,

et d'une manière tout-à-fait irrégulière, au milieu des cheveux. Ces croûtes, qui ressemblent assez bien, il est vrai, aux débris que l'on remarque quequefois sur les incrustations épaisses du porrigo scutulata, constituent positivement le caractère de l'impetigo granulata, qui n'est réellement qu'un impetigo, ou mieux, une variété de l'impetigo larvalis. En effet, les pustules s'ouvrent promptement; il se fait un suintement assez abondont à la surface malade. Les croûtes, molles et visqueuses d'abord, agglutinent plusieurs cheveux ensemble; puis elles se dessèchent, deviennent dures, inégales, bosselées, et prennent une teinte grisâtre; enfin elles se brisent avec facilité et se répandent en une foule de débris au milieu des cheveux.

L'*impetigo larvalis* peut se manifester au cuir-chevelu et au visage; l'*impetigo granulata* n'a réellement pour siége que le cuir-chevelu, dont il occupe le plus ordinairement la partie postérieure. Sur tout autre point du corps ce serait un simple impetigo, puisqu'il est vrai que son seul caractère est un caractère accidentel, qui résulte uniquement de la manière dont les croûtes se comportent au milieu des cheveux.

L'impetigo larvalis, au contraire, présente au visage une physionomie particulière. C'est cette éruption appelée *achores* par les pathologistes anglais, et qu'il est si commun de rencontrer chez les jeunes enfans. Tout le visage est couvert de croûtes minces, molles, jaunes dans quelques points, jaunes verdâtres, ou même noirâtres dans d'autres, suivant qu'elles sont récentes ou déjà un peu anciennes, ou que, déchirées par les ongles, elles se sont desséchées avec un peu de sang. Détachées dans quelques endroits, elles laissent apercevoir des surfaces rouges, enflammées, qui fournissent continuellement un suintement visqueux, quelquefois très-abondant, qui coule dans les nombreuses fissures qui sillonnent cette enveloppe crustacée. Quelquefois tout le visage semble caché par une seule croûte; le nez seul et les paupières en paraissent exempts.

Au cuir chevelu, tantôt l'éruption très-bénigne se borne à quelques incrustations peu épaisses, désignées sous le nom de *croûtes de lait;* d'autres fois les pustules sont plus nombreuses, le suintement plus abondant, les croûtes plus épaisses, plus larges, et la maladie présente alors tous les caractères de l'impetigo granulata.

Ce n'est pas ici le lieu de donner une description plus détaillée de ces deux éruptions. Ce que je viens de dire suffira sans doute pour faire remarquer qu'il n'y a pas la moindre analogie entre elles et le porrigo. Non-seulement elles ne reconnaissent pas pour lésions élémentaires des pustules faveuses (*favi*), pour lésions consécutives des croûtes en godets, etc.; mais encore elles ne sont jamais contagieuses. En un mot, ce sont des éruptions toutes simples, de véritables *impetigo*, dont les caractères accidentels peuvent bien constituer des variétés de ce genre, mais chez lesquelles aucun phénomène ne saurait légitimer leur rapprochement du *porrigo*, dont elles diffèrent nécessairement aussi sous le rapport de la gravité, et par conséquent sous le point de vue du traitement.

L'*impetigo larvalis*, en général, n'est pas grave. La santé des enfans n'est presque jamais troublée : certaines fois cependant il survient des inflammations gastro-intestinales, de la diarrhée, etc., ce qui seul doit rendre le pronostic plus fâcheux, surtout quand les petits malades sont grêles et débiles. L'éruption, si terrible en apparence, ne laisse pas de traces, mais quelquefois elle a une durée assez longue, de plusieurs mois, par exemple.

L'*impeitgo granulata*, bien que rebelle dans quelques circonstances, ne présente jamais de gravité.

L'*impetigo larvalis* attaque le plus ordinairement les jeunes enfans. Quand il est fixé au visage, il ne réclame généralement d'autres médications que des lotions émollientes fréquemment répétées, soit avec une décoction de son ou de guimauve, etc., ou bien encore avec le lait tiède. Chez les enfans à la mamelle, le meilleur moyen consiste souvent à conseiller à la nourrice de faire jaillir du lait de son sein, et d'en arroser les surfaces malades. Quelquefois chez les enfans irritables, surtout quand les démangeaisons sont très-vives, il est utile de leur faire prendre des bains entiers tièdes, rendus émolliens par l'addition de certaine quantité de son, de gélatine, d'amidon. Il est quelquefois avantageux de les faire changer de lait.

Pour l'*impetigo granulata*, comme pour l'*impetigo larvalis* fixé au cuir-chevelu, il faut, avant tout, couper les cheveux, et tenir sur la tête des applications émollientes qu'il est quelquefois utile de continuer long-temps. Plus tard, quand l'inflammation du cuir-chevelu a perdu toute son intensité, il est bon d'avoir recours à des onctions, ou à des lotions alcalines ou sulfuro-alcalines, comme la suivante, qui modifient très-avantageusement l'état des surfaces malades.

Prenez : Sulfate de potasse. . . . une drag.
Sous-carbonate de potasse. deux drag.
Eau. . . . . une livre.

Des douches sulfureuses sont aussi quelquefois très-utiles dans ces circonstances.

Enfin le traitement local est peut-être encore puissamment aidé, suivant l'état de l'éruption et suivant le malade, par quelques applications de sangsues derrière les oreilles, et par l'administration de légers laxatifs appropriés d'ailleurs à l'âge du sujet.

Quant aux vésicatoires, appliqués aux bras ou au cou, ils sont toujours inutiles, et le plus ordinairement ils ajoutent à l'irritation de la peau et à l'étendue de l'éruption.

Enfin, dans quelques cas rares, l'impetigo larvalis semble être une crise salutaire qui a éloigné des accidens graves : c'est surtout alors qu'il est prudent de s'en tenir long-temps aux applications émollientes et aux soins de propreté.

Alph. Cazenave.

CHIMIE ET PHARMACIE.

POSOLOGIE DU PAVOT,

Par M. Boutigny, *pharmacien à Evreux.*

Les capsules de pavot ont des propriétés assez actives et sont assez souvent employées, pour qu'il soit

bon de s'entendre sur la dose à laquelle on les prescrit.

Il est rare que les praticiens prescrivent les pavots autrement que par leur nombre, en employant la la formule : prenez pavots n° 1, 2, 3, ou bien prenez pavots au nombre de 1, 2, 3. Or, rien n'est plus incertain que cette manière de prescrire les pavots, car ce fruit, comme les autres fruits, est extrêmement variable en volume et en qualité. Que cette différence provienne ou des climats, ou des saisons, ou des terrains, peu importe ; la différence n'en est pas moins réelle, et c'est à la faire disparaître que je voudrais parvenir, dans l'intérêt des malades comme dans celui des pharmaciens.

J'ai récolté cette année des pavots dont le grand axe présente $0^m,105$, et le petit 0,08, et qui pèsent 24 grammes ; d'autres ont le grand axe de 0,08 et le petit de 0,03, et ne pèsent que 5 grammes. Ces faits montrent combien il importe d'être fixé sur la dose de ce médicament qui, quoi qu'en ait dit un médecin célèbre (1), est bon à autre chose qu'à endormir les niais.

Entre les pavots qui pèsent un gros et demi et ceux qui pèsent six gros, il y a un terme moyen, et le plus simple serait de n'employer que ces pavots-là. Mais alors que ferait-on des autres ? Des sirops, des extraits, de la morphine ? Sans doute, et c'est ce que tous les pharmaciens font. Mais l'objection principale subsistera toujours, car ce terme moyen variera nécessairement suivant chaque localité, suivant chaque pharmacien même, et le médecin n'en ignorera pas moins la quantité réelle de pavot qu'il aura prescrite, en ordonnant un ou plusieurs pavots.

Ne pourrait-on pas lever cette difficulté en adoptant pour base de la dose un poids convenu et qui représenterait un pavot d'une grosseur moyenne ? Je le crois, et, si cette opinion était partagée par mes confrères, je proposerais d'adopter 4 gros pour unité, ce qui représente assez bien le poids moyen des pavots.

Alors un pavot, deux, trois équivaudraient à une demi-once, un once, une once et demi de pavots. On ajouterait aux petits ou retrancherait aux gros, et de cette manière toutes les capsules du *papaver somniferum* pourraient être employées directement, et les médecins compteraient à l'avenir sur les effets d'un médicament dont la dose ne varierait que d'après leur formule expresse.

P. H. Boutigny.

PRÉPARATION D'UN SIROP DE KERMÈS.

Il n'est pas facile de se procurer partout, sans être desséché, le gallinsecte kermès, ni de conserver son suc exprimé, que les pharmacopées prescrivent pour la préparation du sirop de ce nom ; M. Duclou propose un procédé praticable en tout temps, qui peut remplacer celui mis en usage jusqu'à ce jour : il lui a fourni un sirop jouissant de toutes les propriétés désirables.

Prenez gallinsecte kermès,	1	partie ;
eau distillée,	7	parties ;
sucre blanc,	12	parties :

Réduisez le kermès en poudre, en le broyant avec deux parties de sucre ; délayez la poudre dans l'eau distillée ; laissez digérer à une douce chaleur pendant six heures ; remettez à la presse, filtrez la liqueur, faites dissoudre le sucre au bain-marie, passez au travers d'une étamine, et conservez le sirop à la cave dans des bouteilles bien bouchées.

MOYEN

DE PRÉPARER EXTEMPORANÉMENT UN LOOCH.

La difficulté de préparer le looch blanc pour les personnes étrangères à la pharmacie, et l'impossibilité de se procurer quelquefois en voyage ou à la campagne les substances nécessaires à cette préparation, enfin l'emploi fréquent de ce médicament, ont fait penser au même pharmacien qu'il serait utile de publier la formule suivante :

Prenez amandes douces,	1 1/2	livre ;
amandes amères,	1 1/2	once ;
eau commune,	12	onces ;
gomme arabique,	4	»
sucre très-blanc,	1 1/2	livre ;
eau de fleurs d'oranger,	1	once.

Faites *s. a.* un sirop, dont deux cuillerées, ajoutées à quatre onces d'eau, formeront un médicament qui remplacera parfaitement le looch blanc ordinaire.

D.

Préparation de l'eau minérale artificielle de Pullna.

Prenez :	Carbonate de chaux. . . .	0,010
	— de fer.	0,000
	— de magnésie. . .	0,540
	Chlorure de sodium. . . .	3,000
	— de magnésium. . .	1,860
	Sulfate de chaux cristallisé. .	1,184
	— de soude, *id.* . . .	21,889
	— de magnésie, *id.* . .	33,556
	Matière analogue au mucus. .	0,409

Faites dissoudre toutes ces substances dans :

Eau distillée, 1 litre.

Filtrez et conservez.

Les effets purgatifs de cette eau sont deux ou trois fois plus énergiques que ceux de l'eau de Sedlitz ; son prix est de moitié moins élevé que celui des eaux analogues, et sa saveur est beaucoup moins désagréable que celle des purgatifs les plus ordinairement employés. Elle s'administre à la dose de deux ou trois verres dans

---

(1) M. Chaussier.

la matinée. Cette quantité, qui représente une pinte d'eau de Sedlitz, suffit pour purger un adulte.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

—

ANGINE

PELLICULAIRE ET GANGRÉNEUSE (DIPHTÉRITE) GUÉRIE PAR LA MÉDICATION ANTIPHLOGISTIQUE ET CATARTIQUE.

Monsieur le rédacteur, il s'est présenté il y a peu de temps à mon observation un cas d'angine gangréneuse, entièrement identique à un autre cas que j'ai eu à traiter il y a dix-huit mois. Le résultat heureux des moyens que j'ai employés dans ces circonstances m'engage à vous les faire connaître ainsi que mes réflexions à cet égard. Voici d'abord le fait.

Le 8 avril 1833, M. Mégard, artiste vétérinaire à Grigneuzeville, âgé de 40 ans, d'un tempérament bilioso-sanguin, éprouva une forte émotion à la suite d'une blessure profonde qu'il se fit avec un instrument tranchant à l'un des doigts de la main gauche. Dans la soirée du même jour il y eut du malaise, de l'horripilation et un point douloureux au côté gauche de l'arrière-bouche. Le lendemain, 9 avril, quand je vis le malade, il présentait une couleur ictérique sur tout le corps.

La langue était couverte d'un enduit jaunâtre, l'amygdale gauche était tuméfiée et d'un rouge luisant; le voile du palais et la luette offraient une couleur cendré-pâle; la déglutition était douloureuse, la peau chaude; le pouls fort et plein donnait soixante-quinze pulsations par minute. Le côté droit de l'arrière-bouche était dans l'état normal. Je pratiquai immédiatement une saignée du bras d'une livre et demie. Je prescrivis une boisson légèrement acidulée, un cataplasme autour du cou, et un gargarisme émollient avec une décoction de figues coupée de lait avec addition de miel rosat.

Le lendemain matin, troisième jour de la maladie, la déglutition était impossible : l'on voyait au fond de la gorge une escarre de la grandeur d'un franc, ovale, luisante et de couleur grisâtre, ainsi que plusieurs petites taches cendrées. Des mucosités épaisses très-fétides, d'un jaune sale existaient sur l'amygdale gauche qui était plus tuméfiée que la veille. La déglutition était plus difficile, et l'oreille du côté affecté était douloureuse. Seize sangsues furent appliquées sur le devant et le côté gauche du cou (sous le bord correspondant de l'os maxillaire inférieur jusqu'à la base de l'oreille). On continua les autres moyens.

Le quatrième jour n'offrit rien de particulier. Le cinquième jour la bouche était d'une fétidité insupportable, l'escarre bien circonscrite, boursoufflée et jaunâtre; la déglutition toujours impossible; le pouls lent, mais bon, donnait de 60 à 62 pulsations par minute; la peau restait ictérique. Un gargarisme avec l'eau d'orge, le sirop simple et le borate de soude, alterné avec un autre composé avec le miel rosat et l'acide sulfurique, produisit le meilleur résultat : des flocons jaunes et fétides, des fragmens couenneux d'escarres furent rejetés. Le cinquième jour l'amygdale se rompit, et il s'en écoula par la bouche et les narines une quantité considérable de pus infect au point d'occasioner des nausées aux personnes qui approchaient le malade. Pour hâter la terminaison de la maladie, et faire disparaître l'odeur repoussante de la bouche dont le malade se plaignait, je prescrivis trois grains d'émétique dans quatre onces d'eau de tilleul, à prendre par trois cuillerées à demi-heure de distance. J'espérais quelques vomissemens, il n'y en eut point; mais bien dix à douze selles copieuses et composées de mucosités très-fétides. Le sixième jour le mieux-être du malade se caractérisa. Il continua à rendre des portions membraneuses d'escarres fétides; la gorge se détergea si promptement et si heureusement, que le 14 avril, septième jour de la maladie, M. Mégard se trouvait tout-à-fait convalescent d'une angine grave et fort douloureuse, qui avait compromis sa vie.

— Cette diphtérite, ou angine pelliculaire et gangréneuse, bien qu'avortée, pour ainsi dire, par l'abondante saignée pratiquée dix-huit heures après l'invasion de la maladie, et par les seize sangsues du second jour, n'en a pas moins été très-intense; et je suis convaincu que sans ces émissions sanguines pratiquées promptement et à un court intervalle de temps, ce malade m'aurait présenté la marche rapide de l'angine gangréneuse, édémateuse, maligne, etc. des auteurs. Quant à la couleur ictérique que présentait le malade, je pense qu'elle était l'effet de l'impression morale qu'il ressentit au moment de sa blessure. D'ailleurs, la maladie restée stationnaire pendant quatre jours, l'enduit saburral de la langue, la couleur ictérique et surtout l'absence de toute *irritation inflammation gastro-abdominale*, n'indiquaient-ils pas l'utilité d'une révulsion, soit du haut par quelques vomissemens, soit du bas par les selles qui ont eu lieu et qui ont produit, comme par enchantement, l'effet que j'en attendais? Dès le lendemain de cette médication catartique, la couleur ictérique avait disparu, la langue était nettoyée, la bouche n'offrait plus cette odeur infecte et insupportable des autres jours; la gorge se détergea à vue d'œil, et le 14 (septième jour) le malade entrait en pleine et franche convalescence.

Je dirai, pour terminer, que bien des fois il m'a été démontré par l'expérience que, dans la plupart des angines *sans rougeur ni symptômes de gastrite ou de gastro-entérite même légère*, après les saignées générales ou locales, pratiquées de bonne heure et à de courtes distances, comme je le pratique dans les pneumonies, la médication émétique ou éméto-catartique presque toujours opère une dérivation dont l'effet immédiat est une convalescence certaine et durable. Quant à moi, dans ces angines parfois insidieuses à leur début, que j'ai observées et traitées, je crois pouvoir établir en principe pour ma pratique, que la médication éméto-catartique, dans des conditions bien indiquées et après des évacuations sanguines préalables, proportionnées aux forces du sujet, donne toujours les plus heureux résultats.

Au moment où je finis de rédiger cette note, je lis

avec plaisir, dans votre utile journal, un article intéressant sur la maladie qui fait le sujet de ma lettre. Je suis satisfait d'avoir employé d'avance avec succès le traitement que vous faites connaître.

A. GUÉROULT, D.-M.,
au Bosc-le-Hard (Seine-Inférieure.)

BONS EFFETS

DU SUC DE LA RACINE DE SUREAU DANS L'ASCITE ;

Du collyre avec le deuto-chlorure de mercure dans les conjonctivites ; — de l'acétate de morphine par la méthode endermique dans les névralgies.

Monsieur le rédacteur, votre journal m'ayant mis en même d'essayer quelques-uns des moyens qui y sont préconisés, je crois de mon devoir de vous apprendre les résultats que j'en ai obtenus. On ne saurait, je pense, trop répandre la connaissance des bonnes médications ; car combien de moyens thérapeutiques sont vantés par les auteurs, qui sont le plus souvent inertes entre les mains des praticiens.

Suc de sureau, dans l'ascite. — J'avais à traiter mademoiselle Missonnier, âgée devingt-un ans, d'une ascite ; j'avais employé en vain tous les traitemens mis en usage dans cette maladie, aucun n'avait eu d'effet : j'étais découragé. J'allais abandonner cette malade, lorsque j'eus la pensée d'essayer le suc de la racine de sureau, préconisé par M. le docteur Martin Solon, dans le *Bulletin de thérapeutique.* La première fois, la malade prit deux onces de ce suc ; trois jours après, elle en prit une seconde dose de trois onces, qui fut répétée encore à trois jours de distance. Des selles extrêmement abondantes et séreuses, et des vomissemens nombreux de même nature, furent chaque fois la conséquence de cette médication. Après chacune de ces secousses, le ventre perdit de son volume et de sa dureté, et le dixième jour il était revenu tout-à-fait à son état naturel. Cette guérison, qui m'a d'autant plus satisfait qu'elle était inespérée, et ne s'est point démentie depuis plusieurs mois. Le suc de sureau a donc en quelques jours débarrassé cette fille d'une maladie qui faisait à la fois le désespoir de la malade et du médecin.

Je n'ai pas obtenu de bons résultats de la térébenthine dans la sciatique ; il ne s'est déclaré qu'une légère sueur indifférente. Je n'ai pas été plus heureux dans l'emploi du cyanure de potassium pour une migraine dont je suis atteint, et qui fait mon tourment.

Collyre avec le deuto-chlorure. — J'ai eu à me louer de l'emploi de la solution du deuto-chlorure de mercure dans les conjonctivites. Un enfant de quatre ans, du sexe féminin, atteint depuis long-temps d'une conjonctivite scrophuleuse si intense que la vision était suspendue des deux yeux, fut soumis au traitement indiqué par M. Sandras, (t. IV, page 144 de votre Journal) : aussitôt que ce moyen fut mis en usage, la conjonctivite diminua, la vue se rétablit, et les deux yeux, au bout de cinq jours, sont revenus dans le meilleur état, et cela sans avoir employé d'autre moyen, et sans que la peau de la face se soit excoriée ni presque enflammée. Il est vrai de dire que chaque fois qu'on arrosait les yeux avec le collyre, j'avais recommandé de laver aussitôt avec de l'eau simple la peau avec laquelle le remède avait été en contact.

Acétate de morphine. — Permettez-moi de terminer ma lettre par l'exposé succinct d'une cas de névralgie temporale violente, qui, après plusieurs mois de durée et avoir résisté à une foule de moyens, a été guérie instantanément par l'acétate de morphine, introduit par la méthode endermique.

Une demoiselle de Groulhet, Véronique Laurens, âgée de vingt-cinq ans, fut prise, à la fin du mois d'octobre dernier, d'une douleur névralgique faciale et temporale du côté gauche. Voici quel était, dans le principe, le caractère de l'affection. Invasion par le froid à la tête ; à la cessation du froid, douleur à la tempe, qui devient insupportable et dure trois jours ; trois jours plus calmes succèdent ; puis trois autres jours de douleur aiguë insupportable remplacent ces trois derniers, et ainsi de suite. Pendant tout le mois de novembre, les souffrances de la malade étaient tellement atroces, qu'elle se roulait par terre, se heurtait contre les murs, sans vouloir écouter aucune consolation. On se borna à quelques médications insignifiantes.

Les mois de novembre, décembre et janvier furent calmes. Les accès reparurent avec les mêmes caractères dans la première quinzaine de février dernier. Cette fois ils durèrent huit jours consécutifs avec une violence inouïe, mais sans rémission, comme en octobre ; puis ils cessèrent. En mars, la douleur revint. A cette époque, mon confrère M. Talon vit la malade, et employa sans succès les bains, les sangsues, les saignées et le sulfate de quinine. (Il est probable que ce dernier moyen aurait réussi s'il eût été employé à l'invasion de la maladie, alors qu'il y avait une intermittence bien franche.)

Quoi qu'il en soit, les accès se répétaient à des époques variables, et avec la même énergie, lorsqu'au mois d'avril dernier la malade réclama mes soins. Je l'invitai à me faire appeler aussitôt que sa douleur se réveillerait ; cela ne tarda pas : le 21 avril, à quatre heures du soir, je trouvai la malade dans un état affreux ; elle se roulait par terre, et réclamait avec instance la guérison que je lui avais fait espérer.

Je taillai une compresse en plusieurs doubles, de la forme et de la grandeur d'une pièce de dix sous. Après l'avoir trempée dans l'ammoniaque liquide caustique, je l'appliquai sur la tempe douloureuse ; au bout de trois minutes, je pus enlever l'épiderme ; alors je saupoudrai la plaie avec un demi-grain d'acétate de morphine en poudre, et dans moins de cinq minutes la douleur disparut complètement, et la malade, de l'état de désespoir où elle était, passa à une satisfaction inexprimable. Cette guérison a été également définitive. Voilà donc encore une cure due à votre estimable journal.

J'ai l'honneur, etc. L. BONNET,

Médecin à Graulhet (Tarn).

DU LAIT

Coupé avec l'eau de chaux dans la diarrhée chronique.

A la suite d'une épidémie de dyssenterie qui a régné à Loches plus de quatre mois, et qui, pour le dire en passant, a généralement cédé plutôt aux boissons adoucissantes, aux boissons opiacées et aux lavemens amilacés qu'à aucune autre espèce de traitement, nous avons eu à soigner des diarrhées qui, chez les malades que j'ai vus, se sont montrées rebelles aux différens régimes et médications qu'on pouvait leur opposer; les alimens pris pendant le jour étaient rendus la nuit en cinq ou six selles précédées d'assez fortes coliques pour empêcher le malade de dormir; et ainsi se prolongeait un état maladif qui fatiguait autant le malade qu'il impatientait le médecin.

C'est alors que j'eus recours à l'eau de chaux que je fis couper avec moitié lait, pris par demi-verrée d'heure en heure. Le mieux ne se fit pas attendre long-temps, au bout de deux jours, les selles avaient diminué de moitié, les coliques étaient nulles, et quelques jours encore de la continuation de cette boisson ont suffi chez plus de vingt malades pour couper court à une maladie qui semblait encore vouloir durer long-temps.

Je pourrais accompagner cette note d'un grand nombre d'observations; je me bornerai à citer la suivante :

Appelé au sixième jour d'une dyssenterie chez la femme B..., je me rendis bientôt maître de la maladie par des lavemens amilacés et opiacés, et par des potions gommeuses opiacées. Au douzième jour, je la laissai en pleine convalescence.

Cinq jours après, les coliques la reprirent, et avec elles reparurent les garderobes au nombre de neuf ou dix dans les vingt-quatre heures.

Je remis la malade à un régime sévère, et repris les émolliens et les calmans qui m'avaient réussi la première fois; mais ce fut en vain, les coliques et les selles persistèrent.

Ce fut alors que, sans m'arrêter aux coliques et à la rougeur de la langue, qui n'étaient d'ailleurs accompagnées ni de soif ni de fièvre, j'ordonnai pour toute médication de l'eau de chaux coupée avec parties égales de lait pur.

Le sixième jour de ce traitement, la malade fut obligée de prendre un remède pour aller à la selle. Cet effet a été constant chez toutes les personnes que j'ai traitées ainsi.

Renaud fils,
Médecin à Loches (Indre-et-Loire).

JOURNAL DE PHARMACIE

ET

DES SCIENCES ACCESSOIRES.

SEPTEMBRE, 1833.

MÉMOIRE

Sur les relations qui existent entre les actions électriques et les actions chimiques, sujet d'une Thèse soutenue à l'École de Pharmacie de Paris, par M. Bouchardat, docteur en médecine.

Depuis Volta, bien des expériences ont été faites pour déterminer la force électro-motrice des divers électro-moteurs simples; mais on n'a point examiné si l'action chimique est en raison directe de l'électricité développée. Les objections nouvellement élevées contre la théorie du contact donnent à ces expériences un nouveau degré d'intérêt.

Wollaston a fait voir qu'en faisant agir un acide sur un métal quelconque susceptible d'être attaqué, l'action était beaucoup plus vive quand on faisait toucher la lame attaquée par une lame d'un autre métal, sur lequel l'acide n'avait point d'action. Ritter, dans un ouvrage intitulé : *das electrische System der Kœrper*, expose plusieurs expériences analogues. Nous avons cru qu'un travail, qui présenterait des relations numériques de l'influence du contact dans plusieurs actions chimiques, pourrait conduire à la solution de quelques problèmes encore obscurs de la philosophie naturelle.

Nous avons fait construire des vases semblables de métaux différens les plus purs possibles; nous avons fait des balles de même forme et de même poids avec des métaux que nous voulions soumettre à l'action chimique. On plaça dans chaque vase une balle, on ajouta alors la même quantité du même acide, au même degré de concentration, l'action fut continuée pendant un temps parfaitement semblable. Toutes les conditions étaient identiques : la seule différence dans toutes les expériences est la nature des vases, la seule force différente est la force électro-motrice développée par le contact de métaux hétérogènes, la balle et les vases. La différence d'action chimique tiendra donc uniquement à cette cause. Pour être sûr de n'être point trompé par quelque cause étrangère que nous n'avions point prévue, et pour nous assurer si la différence d'action tenait bien à la différence de la force électro-motrice, et si les variations auxquelles elle était soumise n'étaient point dues à des circonstances incertaines qui ne nous permettraient point d'obtenir avec exactitude la mesure de la force que nous voulions connaître, nous fîmes les expériences suivantes : quatre balles de zinc distillé du même poids, et en tout parfaitement semblables, furent placées dans quatre vases de verre semblables, avec la même quantité d'acide sulfurique extrêmement dilué. Après une heure d'action, les quatre balles furent retirées, essuyées et pesées : l'eau acidulée avait enlevé à chacune des balles précisément deux milligrammes. Ces mêmes balles furent placées dans quatre vases : 1° platine, 2° or, 3° argent, 4° verre. L'action dura également une heure pour toutes, avec la même quantité d'eau acidulée; les balles pesées après l'action présentèrent les nombres suivans :

Platine 79, or 65, argent 51, verre 1 + 1/2.

Il est évident que le contact des corps hétérogènes a donné à l'action chimique une énergie nouvelle. Ces différences sont si notables, que nulles causes d'erreur ne peuvent être invoquées. Il résulte de ces expériences, d'une manière incontestable, que par le seul fait du contact, les corps se constituent dans des états électriques différens; le métal positif l'est d'autant plus, qu'il est en contact avec un corps plus négatif. Ainsi la mesure de l'action chimique peut nous offrir la mesure de la force électro-motrice mutuelle des corps. Par le contact de l'acide sulfurique affaiblie sur le zinc, l'acide prend un excès d'électricité négative; le zinc, au contraire, un excès d'électricité positive. Mais lorsqu'on emploie un acide très-étendu, le zinc ne se constitue pas dans un état assez positif pour que l'action chimique acquière une grande énergie; mais si, par le contact avec des conducteurs de première classe fortement négatifs on rend le zinc plus positif, alors l'énergie de l'action est en raison directe de l'énergie de l'état électrique développé par le contact. Dans le premier exemple que nous avons cité, pour rendre

le problème plus simple, nous avons choisi l'or et le platine sur lesquels l'acide sulfurique n'exerce aucune action chimique. Il résulte pour nous de ces expériences que, dans le contact de deux métaux, le développement d'électricité n'est pas dû à la différence d'action exercée par le liquide sur les deux métaux; mais il nous paraît démontré que l'électricité, développée par le seul fait du contact, exerce une influence directe sur l'action chimique que le liquide doit avoir sur le métal positif; par conséquent que le développement d'électricité est antérieur à l'action chimique, que l'action chimique n'est pas la cause du développement de l'électricité, mais au contraire que l'énergie de l'action chimique est sous la dépendance de la force électrique développée par le contact. Nous verrons plus bas que la différence d'action ne peut pas être attribuée au degré variable de conductibilité pour l'électricité. Parrot a soutenu la théorie contraire avec constance et chaleur; de La Rive paraissait l'avoir établie sur des expériences décisives, Plaff et Marianini la combattirent avec talent, et réhabilitèrent la théorie de Volta. Becquerel, qui depuis la mort de Davy est le premier parmi les physiciens qui s'occupent d'électricité, dans son grand travail sur les changemens qui s'opèrent dans l'état électrique des corps sous diverses influences, a examiné la question du contact avec cette rare sagacité qu'on lui connaît, et il arrive aux mêmes conclusions que le physicien de Venise.

Ainsi, nous regardons l'hypothèse de Volta comme une vérité démontrée, et la manière dont Berzélius, avec les grands maîtres, considère les combinaisons chimiques comme n'étant point dues à une force occulte, l'affinité, mais à une force qu'on peut connaître et mesurer, l'état électrique des corps comme la théorie la plus féconde et la plus propre à comprendre les lois de la nature.

Après avoir retiré nos balles des différens vases, nous avons laissé s'écouler une heure; elles furent ensuite placées dans quatre vases de verre semblables avec la même quantité d'acide : l'action dura une heure; la balle, qui avait été en contact avec le platine avait perdu 11, avec l'or 8, avec l'argent 5, avec le verre 1 172. Ces expériences rappellent les observations intéressantes de Van Beeck : il plaça dans un vase contenant de l'eau de mer du cuivre, il fut attaqué; il y ajouta du fer, le cuivre fut préservé; mais, quand il sépara le fer par une plaque mince de mica, le cuivre ne fut plus préservé; il unit le cuivre au fer par un fil de platine, le cuivre fut préservé; après quarante sept jours de contact, il ôta la communication, le cuivre, quoique séparé du fer, ne fut pas attaqué; elles rappellent également les piles secondaires de Ritter, et concourent à prouver cette proposition fondamentale : que l'état électrique qui se développe par le contact des corps persiste après ce contact : ces expériences démontrent également que les molécules des corps, qui ont subi par le contact des modifications qui ont augmenté leurs propriétés électriques, tendent par le temps à reprendre leur état primitif. Nos expériences étaient faites dans des conditions parfaitement semblables, et, sous l'influence du contact, nous avons obtenu les nombres 79, 65, 51; après le contact, les nombres 11, 8, 5, et avant le contact 2.

Nous allons maintenant donner le résultat d'expériences comprenant un assez grand nombre de métaux.

Des balles de zinc pur furent placées dans des vases semblables de matières différentes, et furent laissées pendant le même temps avec les mêmes quantités de même acide. Après l'action nous obtinmes les différences portées dans les tableaux suivans :

TABLEAU, N° I.

NATURE DES VASES.	ACIDE hydrochlorique.	ACIDE sulfurique.	AMMONIAQUE.
Plombagine.	10	»	»
Soufre.	5	3	1
Étain.	12	12	12
Plomb.	14	28	15
Antimoine.	41	38	18
Bismuth.	45	38	20
Argent.	58	65	22
Or.	52	102	24
Platine.	55	116	27
Cuivre.	70	150	40
Laiton.	124	190	103
Fer.	»	130	»
Verre.	4	3	»

TABLEAU, N° II.

Balles de zinc du commerce.

NATURE DES VASES.	ACIDE SULFURIQUE affaibli, action 15 minutes.	AMMONIAQUE, action 12 heures.
Verre.	9	2
Soufre.	10	1 172
Plomb.	310	15
Étain.	»	17
Antimoine.	350	19
Bismuth.	342	19
Argent.	665	27
Platine.	712	32
Or.	»	23
Cuivre.	»	42
Laiton.	»	64

Les expériences qui ont fourni les nombres portés dans les tableaux précédens ont été répétées un grand nombre de fois, et toutes ont fourni des nombres ne s'éloignant pas beaucoup de ceux que nous avons donnés; avant d'arriver d'une manière régulière aux nombres énoncés, il nous a fallu faire plusieurs tentatives. Nous opérions d'abord avec de l'acide contenant un dixième d'acide réel, et nous ne laissions continuer l'action que pendant cinq minutes; mais elle était si énergique, que la température était sensiblement élevée; à ce degré de concentration, l'acide et le zinc se constituent mutuellement dans un état électrique si décidément opposé, que l'influence du contact est rendue insensible par cette influence supérieure. Dans ces actions énergiques, nous avons remarqué que l'influence du contact pourrait agir, non comme force électro-motrice, mais en raison du degré de conductibilité pour l'électricité des différens vases employés. Voici les nombres obtenus dans une de nos expériences avec de l'acide sulfurique à un

dixième et du zinc du commerce, verre 51, soufre 53, antimoine 62, plomb 75, platine 76, étain 96, cuivre 110, argent 120, bismuth 132. On voit que la série précédente peut offrir des rapprochemens avec celle établie pour la conductibilité, pour l'électricité, successivement par Davy, Pouillet et Becquerel.

Pour apprécier convenablement l'influence du contact, il faut employer de l'acide assez faible pour que l'action soit à peine sensible, en se servant de vases qui déterminent une action électro-motrice très-faible; il faut laisser continuer l'action un temps suffisant pour bien apprécier les différences, mais non assez pour que la quantité d'acide soit beaucoup diminuée dans les vases qui déterminent une action électro-motrice puissante; cette diminution du degré d'acidité constitue une cause d'erreur qu'il faut atténuer par toutes les précautions que nous indique l'expérience. Il faut employer du zinc bien pur, car de La Rive a fait voir qu'avec du zinc du commerce contenant du fer l'action était essentiellement différente; en effet, la petite proportion de fer suffit pour déterminer un état électro-chimique très-différent.

Ce qui contribue peut-être à rendre l'action chimique si énergique avec certains métaux tels que le cuivre, le fer, le laiton, c'est que ces métaux ne sont pas entièrement préservés par le zinc, la partie supérieure du vase est attaquée, mais le sel formé est aussitôt décomposé par le zinc qui se couvre de particules extrêmement fines de cuivre ou de fer, et toutes ces parties sont en contact et se constituent dans un état électrique différent qui favorise singulièrement l'action chimique; en effet, il est incontestable que l'étendue du contact a une influence évidente sur l'énergie de l'action; j'ai eu occasion d'observer très-nettement cet effet pendant mon séjour à Dampierre. Le duc de Luynes était occupé d'un travail aussi complet qu'intéressant sur la fabrication des damas : il fit un corroyage de feuilles de tôle et de platine; comme il est d'usage, ces lames, placées dans une eau acidulée qui n'agissait que très-faiblement sur le fer, furent attaquées avec une violence incroyable, du fer fut placé à côté et touché avec un fil de platine, l'action fut augmentée au contact, mais elle ne se prolongea pas dans toute l'étendue comme dans les feuilles qui étaient forgées avec le platine.

L'observation est importante, en ce qu'elle peut nous faire rectifier une erreur; en effet, si nous voulions établir l'énergie de l'action électro-motrice développée au contact, et par là la faculté électro-motrice des différens métaux par la différence de l'action chimique, nous devions établir dans toutes nos expériences une étendue de contact aussi semblable que possible; c'est ce que nous avons fait; nous devons aussi observer que les métaux qui ne sont pas entièrement préservés se précipitent sur le métal positif, augmentent l'étendue du contact, et par là l'influence de l'électricité. Nous expliquons ainsi d'une manière rationnelle les différences observées par rapport au pouvoir électro-moteur et à l'énergie de l'action chimique développée par le contact du fer, du cuivre et du laiton. C'est particulièrement en employant l'ammoniaque pour dissolvant qu'on observe un dépôt considérable de cuivre.

Avant de tirer les conclusions des expériences rapportées dans les tableaux précédens, après avoir examiné l'influence comparative des divers acides, voyons si l'énergie de l'action électro-motrice suivra le même ordre en employant des électro-moteurs différens. Le métal qui réunit le plus facilement les conditions exigibles pour ces expériences est l'étain. Nous avons mis des balles d'étain parfaitement semblables en contact avec les vases ci-après, contenant une quantité égale d'acide hydrochlorique très-affaibli; l'action fut prolongée pendant une heure.

TABLEAU, N°. III.

Verre.	3
Soufre.	3
Plomb.	12
Argent.	19
Antimoine.	34
Bismuth.	36
Cuivre.	70
Platine	85
Or.	201

Les expériences rapportées dans les tableaux n°s 1 et 11, nous prouvent que le zinc se constitue, par rapport aux divers corps, dans des états électriques semblables, quelle que soit la nature du liquide employé; en effet; nous observons assez régulièrement la même série en employant l'acide sulfurique, hydrochlorique ou l'ammoniaque. Dans une suite d'expériences, où nous avons employé l'acide nitrique, nous devons dire que nous avons observé plusieurs aberrations assez constantes. Davy indique un ordre différent en employant des liqueurs acides, alcalines ou hydrosulfurées.

Si maintenant on compare la série des tableaux n°s 1 et 2 à la série du tableau n° 3, il est évident que les conducteurs de première classe ne se constituent pas dans un état électrique semblable par rapport au zinc ou par rapport à l'étain; par rapport au zinc, le platine vient en première ligne; l'or, au contraire, le devance par rapport à l'étain; l'argent est très-négatif par rapport au zinc, et vient immédiatement après l'or; par rapport à l'étain, il l'est beaucoup moins, et est séparé de l'or par le bismuth et l'antimoine. L'étude de ces aberrations est d'une bien grande importance pour la théorie chimique; nous pouvons établir avec certitude que lorsqu'on cherche à établir une série électro-chimique où chaque corps est positif ou négatif, par rapport à ceux qui le suivent ou le précèdent, on ne peut indiquer qu'une relation et non pas l'ensemble des relations qui existent entre ces corps; en effet, en changeant le corps qui sert de point de comparaison, on obtient une série différente.

Ainsi, quoique nous soyons convaincus, contrairement à l'opinion des partisans de la théorie chimique de la pile, que toute action chimique est subordonnée à l'état électrique des corps, nous croyons cependant qu'il est impossible d'établir une classification linéaire fixe et invariable, en prenant seulement en considération l'état électrique réciproque de divers corps; il est indubitable qu'il existe des corps qui sont décidément positifs ou négatifs; il est aussi certain que, dans toute classification philosophique, on ne pourra les séparer, mais les ranger d'une manière fixe; voilà le nœud gordien.

Dans nos expériences, la force électro-motrice

du soufre est insensible ; ce fait, qui s'est toujours reproduit, nous avait d'abord étonné ; mais nous nous en sommes rendu compte en observant que le soufre n'acquiert ordinairement des propriétés électro-chimiques bien marquées que par une élévation de température.

Quand on veut mesurer la force électro-motrice relative des conducteurs de la même classe par les déviations de l'aiguille aimantée, l'effet que l'on mesure est complexe ; outre l'influence de la force principale, cette déviation dépend aussi de la quantité d'électricité qui traverse le fil dans un temps donné, par conséquent de la conductibilité ; ainsi nous ne devons pas être trop surpris si les relations indiquées d'après l'intensité de l'action chimique, et celles indiquées d'après les déviations de l'aiguille aimantée, ne sont pas toujours concordantes ; nous pensons d'ailleurs, d'après les faits ci-dessus énoncés, qu'on ne peut pas plus établir une série linéaire invariable, en comparant les déviations de l'aiguille aimantée, qu'en mesurant l'énergie de l'action chimique ; voici, au reste, un extrait des rapports des électro-moteurs indiqués par Marianini, dans l'ouvrage intitulé : *Sagyio di esperienze electrometriche*, etc. Or, platine, mercure, argent, antimoine, nickel, cuivre, laiton, fer, étain, plomb, zinc. On peut voir d'après cela qu'il existe des aberrations notables entre la mesure de la force électro-motrice, déterminée soit d'après la déviation de l'aiguille aimantée, comme le fait Marianini, soit d'après l'intensité de l'action chimique.

Nous ne terminerons pas les observations sur les tableaux ci-dessus donnés sans appeler l'attention sur la circonstance remarquable du rapprochement du bismuth et de l'antimoine. Dans toutes nos expériences, ces deux métaux marchent toujours ensemble ; leur influence sur l'énergie de l'action exercée sur le zinc ou l'étain a toujours été représentée, sinon par des nombres identiques, au moins par des nombres fort voisins. Si on compare ces résultats à ceux que fournissent la mesure du pouvoir thermo-électrique, on voit que d'une part ils marchent sur la même ligne, et que de l'autre ils forment les deux extrémités de l'échelle.

Influence du contact sur la cristallisation.

Si l'électricité développée par le contact de deux corps hétérogènes exerce une action bien manifeste sur plusieurs réactions chimiques, cette influence, quoique moins évidente sur plusieurs phénomènes physiques n'en est pas moins certaine. Les recherches si fécondes de Becquerel sur l'électricité moléculaire, ont indiqué plusieurs relations entre l'électricité et la force qui détermine la cohésion et la cristallisation. Nous avons fait quelques expériences sur ce dernier objet ; des solutions concentrées de sel marin furent évaporées dans différens vases, et nous avons observé les résultats suivans : dans l'or de très-petits cristaux cubiques. Dans l'antimoine, le bismuth et l'étain des cubes un peu plus gros, dans le platine de plus grands cristaux. Ces cristaux prenaient encore un volume plus considérable dans le soufre, la plombagine, le verre dans l'argent, c'étaient de grandes trémies cubiques. Dans le cuivre et le laiton, le sel se dépose sous forme de grandes lames mélangées de petits cubes ; dans le zinc, de petits cubes sont mélangés d'aiguilles ; dans le plomb on n'observe plus aucune apparence de cristallisation cubique ; il ne se forme que des lames composées d'aiguilles prismatiques ; ces cristaux, desséchés sur des feuilles de papier joseph, contiennent encore de l'eau, mais en proportion beaucoup moindre que dans les tables hexagones analysées par Fuchs. Mes vases ont un pouce de diamètre et étaient tous placés dans des circonstances semblables.

Une solution concentrée d'alun a conservé, en cristallisant dans différens vases, la forme octaédrique ; mais le volume et le groupement des cristaux est très-variable suivant la nature des vases employés.

Sans pousser plus loin ces expériences, nous avons pu conclure logiquement que les solutions qui doivent cristalliser se constituent par rapport aux vases qui les contiennent dans des états électriques différens, suivant la nature de ces vases ; et que, suivant la différence de ces états, il en résulte de notables aberrations dans la marche de la cristallisation.

Les expériences précédentes nous ont montré l'influence variable et puissante qu'exerce l'électricité développée par le contact ; nous verrons cette force, qui était à peine soupçonnée il y a quarante ans, se faire apercevoir dans une foule de circonstances où jusqu'ici on avait négligé son appréciation.

Expériences sur l'acétification (1).

Dans le travail que j'ai écrit sur l'acétification, et que la Société de Pharmacie a publié dans ses mémoires, j'arrive à la conclusion, que dans les phénomènes de l'acétification l'alcool ne se transforme jamais en acide acétique. Des faits bien constatés par l'habile rapporteur ont démontré que, dans plusieurs circonstances, l'alcool se transformait en acide acétique, et cependant j'ai répété les expériences fondamentales de mon mémoire ; elles m'ont toujours donné le même résultat négatif ; la seule circonstance différente est celle-ci : que j'opérais en contact avec le mercure, et que M. Guibourt n'opérait pas sous cette influence, et cela suffit pour donner des résultats entièrement différens ; avec le contact du mercure, l'oxigène ne devient point partie constituante du produit, l'acide acétique n'est pas formé aux dépens de l'alcool, mais bien aux dépens des autres matières organiques que le vin peut contenir ; cette dernière transformation est beaucoup plus complète et plus rapide en présence du mercure ; les liqueurs se constituent par rapport à ce métal dans un état électrique tel, que l'alcool est préservé, et que la décomposition ne s'étend qu'aux matières plus altérables, qui sont beaucoup plus vite et plus complètement transformées en acide acétique. Cette observation nous montre de quelles difficultés sont entourées les expériences chimiques ; une force, qui jusqu'ici a toujours été négligée, nous donne des

(1) Je ne veux point parler de l'acétification sans réparer une erreur bien involontaire : nous avions envoyé à la Société de Pharmacie un travail qui nous était commun, à Buisson, pharmacien à Lyon, et à moi ; la Société ne nous accorda rien, mais remit la question au concours après l'avoir modifiée. Buisson fut forcé de partir, nous nous rendîmes notre liberté en convenant de rappeler la communauté de nos premiers travaux ; je rappelai cette communauté dans une note qui accompagnait mon nom placé sous cachet. Ayant déposé moi-même mon mémoire, M. le secrétaire général n'ouvrit pas le cachet, et le mémoire fut imprimé sans la note qui accompagnait mon nom.

résultats entièrement opposés à ceux qu'on observe ordinairement.

Expériences sur la fermentation alcoolique.

Plusieurs chimistes ont avancé, mais sans preuve bien directe, que l'électricité jouait un rôle actif dans le développement de la fermentation alcoolique, nous avons fait quelques expériences, ou pour établir cette hypothèse sur des faits, ou pour détruire une erreur.

De l'eau de sucre à un dixième, mêlée d'une suffisante quantité de levure, fut placée dans les différens vases qui nous ont servi dans nos expériences précédentes. La température était à 17° c. Dans le vase de plomb, la fermentation commença, mais s'arrêta bientôt; dans le vase de fer, elle eut une marche lente et irrégulière; dans les vases de cuivre et de laiton, même après plusieurs jours de contact, il n'y eut pas la moindre apparence de fermentation alcoolique. Dans les autres vases on n'observa pas des différences assez considérables pour être données ici; mais il ne faut pas perdre de vue que la levure que nous avons employée est une substance qui s'est déjà constituée dans un état électrique tel qu'il convient pour produire la formation de l'alcool; l'action commencée ne fait que se continuer; j'attends un temps favorable pour reprendre ces expériences d'une manière régulière. J'ai recommencé l'expérience sur des vases de cuivre ou de laiton contenant une assez grande masse de liquide, un litre; la fermentation commença, mais elle ne tarda point à languir et à s'arrêter complétement; ce n'était point un sel de cuivre qui s'était opposé au développement de la fermentation, car les liqueurs essayées par le prussiate de potasse n'en indiquaient aucunes traces; on ne peut admettre pour cause perturbatrice que l'état électrique différent produit par le contact des électro-moteurs. Avec le cuivre, le laiton, le plomb, le liquide fermentescible se constitue dans un état tel que la fermentation alcoolique ne peut se développer, même en y ajoutant le corps le plus propre à produire cette perturbation remarquable; car on sait que quand une action chimique est commencée, par le fait de cette action les molécules différentes, jusqu'alors inactives, se constituent dans l'état le plus favorable pour que l'action continue. Ainsi l'observation négative du développement de fermentation alcoolique dans les vases de cuivre et de laiton, nous démontre l'influence de l'électricité sur le développement de la fermentation alcoolique.

Expériences sur le lait.

Matteuci a fait voir que des muscles abandonnés à eux-mêmes, ou placés sur des plaques de zinc ou de cuivre, se putrifiaient d'une manière fort différente. Depuis long-temps les marchands de lait qui le transportent à Paris d'une assez grande distance, emploient des vases de laiton non étamé et parfaitement décapé pour le recevoir et le conserver; ils éloignent ainsi de beaucoup le terme de la coagulation spontanée. Depuis long-temps Mme la comtesse F..... m'avait indiqué ce fait; j'ai cherché à le vérifier et à l'étendre. J'ai employé le 21 avril, à quatre heures du soir, après l'avoir fait bouillir, du lait recueilli depuis douze heures dans des vases de fer-blanc; il a été partagé entre des vases de différentes matières.

Le mercredi 24, il était coagulé dans les vases de porcelaine et de verre, puis dans le plomb.

Le 25, dans les vases, platine, or de fer-blanc.

Le 26, dans l'étain, puis dans le bismuth et l'antimoine.

Le 27, dans le soufre.

Le 28, dans le zinc.

Le 30, dans le cuivre et le laiton, après s'être couvert de moisissure.

Le samedi 8 juin, à quatre heures, du lait fut recueilli dans des vases de verre, puis et aussitôt partagé entre différens vases.

Le 9 et le 10, le lait n'était coagulé dans aucun vase.

Le 11, à cinq heures, coagulé dans la porcelaine, à midi dans le plomb.

Le 12, à cinq heures, dans la platine, à sept heures dans l'argent, à dix heures dans l'or, à trois heures dans l'étain, à onze heures, dans le fer-blanc, à minuit dans le cuivre étamé.

Le 13, à cinq heures du matin, coagulé dans le verre.

Le 14, coagulé dans le bismuth et l'antimoine.

Le 16, dans le zinc.

Le 17, dans le laiton.

Dans le cuivre il se dessèche sans se coaguler, et dans le fer il se dessèche également.

Le lait répandait une odeur très-différente suivant la nature des vases où il était conservé; dans le fer particulièrement, elle était très-forte et caractéristique.

Dans les premiers jours, le lait, conservé dans les vases de cuivre ne contenait que des traces à peine sensibles de ce métal; mais la quantité augmenta successivement, et nous pensons qu'on ne pourrait prendre des mesures trop rigoureuses pour prohiber ce moyen de conservation qui, confié à des mains négligentes, peut devenir très-dangereux.

Comme principe général, il est incontestable que l'état électrique dans lequel se constitue le lait par rapport aux divers corps avec lesquels on le met en contact a une grande influence sur la durée de sa conservation. Comme principe d'application l'expérience nous a démontré qu'un des moyens de conserver le lait est de ne point le transvaser dans des vases de matières différentes; car, dans ce cas, la durée de sa conservation est toujours de beaucoup diminuée. Du lait recueilli dans des vases de fer-blanc, puis transvasé dans des vases ou de verre ou d'étain, etc., s'y conservera beaucoup moins long-temps que s'il y avait été primitivement placé; il se produit ainsi une perturbation favorable à la prompte coagulation. Le soufre conserve le lait très-long-temps, mais il y devient sensiblement acide, et se coagule par l'ébullition. Les vases de zinc, d'antimoine, de bismuth, de laiton, de cuivre et de fer le conservent très-bien; mais l'innocuité des premiers est très-contestable; quant au dernier, il communique assez vite au lait une saveur très-désagréable. Au résumé, je pense que pour l'usage économique il faut s'en tenir aux vases de fer-blanc, en évitant de transvaser.

Le fromage acquiert une odeur et une saveur très-diverse, suivant la nature des vases qui ont servi à le préparer. La nature des moisissures qui se développent est aussi fort différente. Après quinze jours de conservation, les produits ammoniacaux prédominaient dans tous les métaux.

La conclusion générale de ce travail est celle-ci: que la force qui se développe au contact de tous les

corps hétérogènes, a une influence plus ou moins marquée sur l'énergie ou sur la nature de toutes les réactions chimiques; qu'en négligeant son appréciation on peut commettre une foule d'erreurs, et qu'au contraire, en la prenant en considération, on trouve une explication raisonnable de plusieurs phénomènes de la nature.

EXTRAIT DES JOURNAUX ALLEMANDS.

Observations sur le précipité pourpre de Cassius, par le professeur Fuchs de Munich. (Annales de physique et de chimie de Poggendorff, nos 3 et 4, 1833, pag. 634.)

Il semble très-probable à M. Fuchs, dans l'état actuel de la science, que le précipité pourpre de Cassius normal est composé d'un atome d'or, de 3 atomes d'étain, et de 6 atomes d'oxigène, et qu'il peut être considéré comme une double combinaison saline de stamnate de protoxide d'or, et de stamnate de protoxide d'étain, qui contient, en outre, 3 atomes d'eau, lorsque le précipité pourpre n'a pas été chauffé au rouge. Si l'on prend ce point de départ pour calculer les proportions sur cent parties, on a une composition presque identique avec celle trouvée par Berzélius, savoir :

Protoxide d'or. .	30,57	=28,294 or métallique.
Deutoxide d'étain.	42,68	
Protoxide d'étain.	19,07	=21,346 deutoxide d'étain.
Eau.	7,68	
	100,00	

M. Fuchs cite entre autres faits les deux suivans, à l'appui de l'opinion qui admet que l'or n'est pas à l'état métallique dans le précipité pourpre de Cassius : mais bien à l'état d'oxide.

1° Si l'on mêle une dissolution très-étendue d'hydrochlorate de protoxide d'étain avec une dissolution d'or, il ne se forme pas de pourpre; mais la liqueur se colore en brun noirâtre foncé, et devient opaque : cette coloration est probablement due à un alliage très-divisé d'or et d'étain. Si l'on abandonne pendant quelque temps la liqueur dans un vase ouvert, elle devient rouge peu à peu de la partie supérieure à la partie inférieure, et il se forme un très-beau pourpre, qui ne se précipite que très-lentement lorsqu'on n'ajoute pas d'alcali.

2° Si l'on expose pendant quelque temps à l'action de la lumière dans un vase fermé la dissolution du pourpre de Cassius dans l'ammoniaque, elle devient violette, presque bleue d'azur, et l'or se sépare à l'état métallique : en définitive, tout l'or se précipite, et il se forme une dissolution de stamnate d'ammoniaque, qui ne contient pas la moindre trace de protoxide d'étain.

Cuivre découvert par M. Stromeyer dans différens fers météoriques. (Annales de physique et de chimie de Poggendorff, nos 3 et 4, 1833, pag. 689.)

La découverte que fit ce chimiste d'une combinaison de cuivre et de molybdène, avec du cobalt et du nickel, dans une masse de fer trouvée depuis peu auprès de Magdebourg, et regardée comme météorique, l'engagea à soumettre à une analyse nouvelle et rigoureuse plusieurs des masses de fer, dont la nature météorique ne laisse plus de doute, telles que celles d'Agram, de Lenarto, d'Elboyen, de Bitbourg, de Gotha, de la Sibérie, de la Louisiane, du Brésil, de Buenos-Ayres et du Cap. Ses recherches ne lui ont démontré dans aucune la présence du molybdène; mais il a trouvé dans toutes une petite quantité de cuivre, environ 0,1, à 0,2 pour cent. Cette faible proportion explique pourquoi ce métal a échappé aux chimistes qui se sont occupés de ces sortes d'analyses avant M. Stromeyer. Comme le cuivre se trouve, sans aucune exception, dans toutes les masses de fer météorique dont il a été question plus haut, et que celles-ci présentent tant d'analogie entre elles, sous le rapport de leur composition, et surtout des proportions de leurs principes constituans, il croit pouvoir en conclure que la présence du cuivre dans les vrais fers météoriques est aussi constante et aussi caractéristique que celle du nickel et du cobalt.

Sur la salicine, par Duflos. (Nouvelles Annales de chimie et de physique de Schweigger-Seidel, vol. VIII. cahier 1, 1833, pag. 25.)

Dans le laboratoire de l'Institut pharmaceutique de Halle, on met à profit la propriété que possède la salicine de se colorer en un beau rouge pourpre par l'addition de l'acide sulfurique concentré, pour reconnaître la présence de cette substance dans les écorces de saule et de peuplier. Cette propriété n'appartient pas seulement à la salicine pure; sa solution aqueuse la présente également, lors même qu'elle ne contient que 1/600 de salicine. Voici le procédé employé : on fait bouillir un drachme d'écorce avec 4 onces d'eau, on passe, et on met la décoction en digestion, avec un drachme d'oxide de plomb en poudre fine. On filtre la liqueur décolorée, on en précipite le plomb qui pourrait s'y trouver en dissolution, et on fait évaporer jusqu'à ce qu'il reste environ une once. On verse alors un peu de cette liqueur rapprochée dans un petit verre de montre, et on ajoute par gouttes de l'acide sulfurique concentré et rectifié. La coloration en rouge démontre à l'instant la présence de la salicine. Pour apprécier aussi exactement que possible la quantité relative de cette substance, on prépare avec le reste de la liqueur et de l'eau distillée des mélanges dans différentes proportions, et l'on cherche, par l'essai de ces mélanges avec l'acide sulfurique concentré, à déterminer la limite dans laquelle la coloration rouge a encore lieu.

M. Duflos fait mention d'un procédé assez simple pour la préparation de la salicine. Il consiste à épuiser l'écorce par trois décoctions successives, à passer, à faire évaporer les décoctions réunies, jusqu'à ce que la liqueur représente le triple de l'écorce employée, à y ajouter alors de l'oxide de plomb en poudre fine, à laisser le mélange en digestion à une douce chaleur pendant vingt-quatre heures, en remuant souvent, à passer de nouveau, et à faire évaporer le liquide jusqu'à consistance sirupeuse, et à purifier les cristaux qui se déposent, en les faisant redissoudre dans l'eau et cristalliser.

Fabrication de soude artificielle; par C.-P. Prückner fabricant de produits chimiques à Hof, dans le Voigtland. (Nouvelles Ann. de chim. et de physique de Schweigger-Seidel. 1833, vol. VII, cahiers 2 et 3.)

L'académie impériale des sciences de Saint-Pé-

tersbourg avait mis au concours la fabrication de la soude artificielle en Russie. C'est le mémoire de M. Prückner qui a été couronné. Voici en quoi consiste le procédé de ce chimiste. Il commence par transformer le sulfate de soude privé de son eau de cristallisation en sulfure de sodium, en le faisant chauffer au rouge avec du charbon pulvérisé; il fait dissoudre dans l'eau le sulfure de sodium obtenu à cette solution, qui contient en outre des proportions variables de sulfate de soude et de soude caustique; il ajoute à chaud de l'oxide de cuivre, dont la préparation sera décrite plus bas, jusqu'à ce qu'une dissolution de sulfate de cuivre, versée dans la liqueur, y produise un précipité d'un bleu clair et pur, et non plus brunâtre, et qu'une dissolution de plomb ne la précipite pas non plus en brun, mais en un beau blanc pur : il fait évaporer le liquide, séparé du sulfure de cuivre, jusqu'à ce que sa pesanteur spécifique soit de 1,41 à 1,48, et l'abandonne ensuite à lui-même pendant un laps de temps qui varie de vingt-quatre à quarante-huit heures, suivant la température de l'atmosphère. Alors la majeure partie du sulfate de soude non décomposé, cristallise. M. Prückner décante la solution alcaline qui surnage et la concentre jusqu'à siccité complète. Ce procédé donne pour 100 parties de sulfate de soude employé 65 de soude caustique brute, mélangée d'un peu de carbonate de soude, et d'environ 6 à 8 pour cent de sulfate de soude : à cet état, elle peut être employée avec avantage dans beaucoup d'arts où l'on est obligé d'enlever par la chaux l'acide carbonique à la soude du commerce. Pour transformer la soude qu'il a obtenue en carbonate, M. Prückner propose, au lieu de l'exposition à l'air qui exige trop de temps et d'espace, de la chauffer peu à peu jusqu'au rouge faible avec du charbon, il se forme un carbonate basique par la combustion du charbon. En répétant le traitement par l'oxide de cuivre, il amène ce carbonate de soude à un état de pureté presque complet : en effet, la majeure partie du sulfate de soude, que contenait encore la soude caustique brute, est changée d'abord en sulfure de sodium par la calcination avec le charbon, puis en soude par l'addition de l'oxide de cuivre.

Le cuivre métallique peut aussi bien que ses oxides s'emparer du soufre du sulfure de sodium : il en est encore de même de l'hydrate de deutoxide de cuivre et du carbonate du même métal; mais, en fabrique, M. Prückner préfère le protoxide de cuivre, en raison de la facilité de sa préparation. Pour se procurer cet oxide, ce chimiste fait chauffer au rouge du cuivre, ou mieux des déchets de cuivre qu'il éteint ensuite dans une faible dissolution de salpêtre du Chili (nitrate de soude brut), contenant 2 pour cent de ce sel. Le sulfure de cuivre qu'il obtient dans ses opérations peut être mêlé avec un sixième de soufre en poudre, et transformé par la combustion en sulfate : l'oxide de ce sel peut alors être réduit par le moyen du fer, et le cuivre obtenu être oxidé de nouveau. Mais M. Prückner emploie ce sulfure de cuivre pour préparer, avec l'acide pyroligneux purifié, de l'acétate de cuivre qu'il utilise dans d'autres opérations de sa fabrique.

Action de l'acide formique sur quelques oxides et peroxides métalliques; par Fr. Göbel de Dorpat. (Nouvelles Annales de chimie et de physique de Schweigger-Seidel, 1833, vol. VII, cah. 2, p. 74.)

M. Gœbel a fait, sur ce singulier acide, une série de recherches intéressantes. Voici les principaux résultats de son travail :

1°. Les dissolutions d'or, de platine et de palladium ne sont pas décomposées par l'acide formique, libre même à l'aide d'une ébullition soutenue. Cet acide se volatilise peu à peu, sans séparer la moindre trace de métal : cependant le formiate de soude détermine la précipitation complète des métaux cités, partie en paillettes brillantes, partie sous forme pulvérulentes.

Les dissolutions de nitrate d'argent et de mercure sont décomposées par l'acide formique libre; mais la décomposition est plus prompte par les formiates alcalins.

2°. L'oxide rouge de mercure offre un moyen sûr et facile pour déterminer la quantité de l'acide formique libre, ou mêlé avec d'autres acides, ou bien combiné avec les bases. On juge de la proportion d'acide formique par le volume de l'acide carbonique qui se dégage lorsqu'on chauffe, avec de l'oxide rouge de mercure, une liqueur contenant de l'acide formique, et qui doit être recueilli et déterminé dans un appareil convenable.

Lorsque l'acide formique est combiné avec les bases, il faut ajouter, outre l'oxide rouge de mercure, de l'acide acétique pour mettre l'acide formique en liberté.

3°. Les formiates de zinc, de cuivre, de cadmium, de bismuth, de plomb, de nickel, d'urane, de cérium et de cobalt, exposés à la chaleur rouge dans un tube de verre au-dessus de la flamme de l'esprit-de-vin, sont décomposés, et leurs oxides se trouvent complétement réduits. Si l'on fait agir la flamme du chalumeau sur le tube de verre pour les métaux qui sont difficiles à fondre, ils apparaissent au travers des parois du tube avec l'éclat métallique qui leur est propre. L'emploi de l'acide formique, pour se procurer les métaux rares, et qui ne se réduisent que difficilement, mérite la préférence sur celui de l'hydrogène; et, aujourd'hui que la préparation de l'acide formique en grand est si peu coûteuse, il faut espérer que l'on pourra opérer la réduction de ces métaux sur une plus grande échelle.

4°. L'acide formique peut en outre servir pour connaître la quantité d'oxigène contenu dans les peroxides. Dans ce but, on chauffe une quantité déterminée de peroxide avec de l'acide formique; on recueille le gaz qui se dégage, durant cette opération, et qui est un mélange d'acide carbonique et de l'air de vases; on apprécie, par l'emploi de la potasse, le volume d'acide carbonique que ce gaz contient en tenant compte de la pression atmosphérique de la température et de l'humidité, et l'on divise le volume de cet acide par le nombre 2; le quotient exprime le volume de l'oxigène enlevé au peroxide; on le réduit alors en poids.

5°. Le procédé indiqué par Doebereiner, pour préparer l'acide formique avec le sucre, est très-bon et d'une exécution facile. Toutefois l'acide obtenu contient de l'acide acétique, ainsi qu'on le reconnaît quand on essaie par de l'oxide rouge de mercure. On enlève ce dernier acide en employant, au lieu de craie, comme le prescrit Doebereiner, du carbonate de plomb pour saturer, à l'aide de la chaleur, le liquide acide passé à la distillation, et séparant, par la cristallisation, le formiate de plomb, qui est peu soluble, de l'acétate qui se dissout facilement.

On distille le formiate avec de l'acide sulfurique préalablement étendu de son poids d'eau, et on obtient aussitôt un acide formique pur très-concentré, dont l'odeur est acide et piquante. A. G. V.

ANALYSE

De l'eau minérale de Cramaux; par M. Limouzin-Lamothe.

Les faits qui résultent de ce travail établissent, de prime abord, la nature et le caractère de l'eau minérale de Cramaux. D'une part, nous voyons une prédominence, de fer, et de l'autre, des sels de diverses natures, c'est donc une eau ferrugineuse saline; car le gaz acide carbonique libre qu'elle contient ne s'y trouve pas en assez grande quantité pour la classer parmi les eaux gazeuses. Il en est de même de la matière animale dont la quantité trop minime ne permet pas de la classer parmi les eaux savonneuses. Sa température, la classe parmi les eaux minérales froides.

La présence du fer est démontrée par les expériences directes sur l'eau de Cramaux au moyen de la teinture alcoolique de noix de galle, du prussiate de potasse, de son goût métallique ferrugineux, par le dépôt résultant de la vaporisation à l'air libre, de son séjour dans les bouteilles, de l'évaporation par la chaleur, enfin par la nuance sale qu'il a donnée aux différens précipités qui d'abord étaient blancs.

De tous les sels qu'elle contient, le plus abondant est le carbonate de chaux; mais, attendu que ce sel est insoluble ou presque insoluble par lui-même, on explique la haute proportion que nous avons reconnue par la présence du gaz acide carbonique.

La présence de l'acide sulfurique combiné a été démontrée par l'hydrochlorate de baryte et l'oxalate de chaux, comme l'ammoniaque a démontré la présence de la magnésie, et le nitrate d'argent, ainsi que les vapeurs ammoniacales, celle de l'acide hydrochlorique combiné. Enfin l'eau de chaux à son tour, a fait connaître la présence à l'état libre et en grande proportion de l'acide carbonique interposé ou en solution dans l'eau. Cette manière d'être de l'acide carbonique confirme, avec les expériences subséquentes, la présence du fer à l'état de carbonate.

Outre la propriété hygrométrique de la masse saline, les expériences directes faites sur elle, au moyen d'acides supérieurs dans l'ordre des affinités, ont fait reconnaître de l'hydrochlorate de chaux.

La présence du sulfate de chaux résulte d'abord de sa précipitation aussitôt qu'il a manqué d'une partie nécessaire de son dissolvant, ensuite de son insolubilité dans les acides, etc.

Une matière animale que je crois être albumineuse, a été démontrée par l'expérience dans le tube.

Partout nous retrouvons l'acide muriatique combiné : ainsi la matière saline soluble déliquescente par son exposition au contact de l'air, ou laissant dégager des vapeurs âcres sur les charbons ardens, les résultats obtenus par l'action de l'acide sulfurique, d'un côté, et par le nitrate d'argent, de l'autre, confirment assez son existence. D'autre part, la précipitation de la chaux par l'acide sulfurique et la formation du nitrate de potasse par l'acide nitrique, toujours avec dégagemens de gaz muriatique, démontrent dans un cas du muriate de chaux, dans l'autre, du muriate de potasse.

L'existence du sulfate de magnésie découle, du jeu des affinités chimiques dans la manière d'être des substances diverses qui composent l'*eau minérale* de Cramaux.

Je n'ose affirmer positivement la présence du muriate d'ammoniaque ni du sulfate d'alumine, quoiqu'il existe des probabilités sur l'existence de ces sels.

De tout ce qui précède, les 24 litres d'*eau minérale* de Cramaux, soumis à l'analyse doivent se composer, à quelques fractions près, de :

Acide carbonique libre. . . .	1/3 du volume.	
Carbonate de fer.	50	grains.
Sulfate de fer.	12	
Carbonate de chaux.	48	
Sulfate de chaux.	24	
Muriate de chaux.	48	
Muriate de potasse.	48	
Sulfate de magnésie.	7	
Matière animale.	3	
Total.	240	

ou 10 grains par litre, ainsi qu'il a été dit plus haut.

HISTOIRE NATURELLE ET TOXIQUE

Du lilas des Antilles, *melia sempervirens*, avec l'analyse chimique de ses fruits, par J.-B. Ricord-Madianna.

Extrait du cinquième Mémoire de la Toxicologie des Antilles, présenté à la Société de Pharmacie de Paris.

Hippocrate et Théophraste donnaient le nom de *melia* au frêne.

Le lilas des Antilles est de la *décandrie monogynie* de Linnée, de la famille des *méliacées* de Jussieu.

Ce bel arbrisseau, originaire de la Syrie, de la Perse et des Indes-Orientales, est encore un de ces végétaux dont les racines et les fruits passent pour un poison à la Guadeloupe et dans plusieurs autres îles voisines. Il n'y a point d'habitant qui n'en parle avec crainte devant ses esclaves, et qui ne semble appréhender que ses propriétés ne leur soient connues. Ces craintes viennent sans doute de ce que l'azedarach commun (*melia azedarach*, Lin.), vulgairement le lilas des Indes, ou margousier (Lamarck), dont le *melia sempervirens*, suivant quelques botanistes, n'est qu'une variété, passe pour être vénéneux. « On prétend que le brou pulpeux de » cet arbre, dit M. de Lamarck, est un poison pour » les hommes, et qu'il est mortel aux chiens. »

« On est encore dans une ignorance complète, » dit M. le docteur Alibert, à l'égard des principes » chimiques de l'azedarach; il serait intéressant » néanmoins d'examiner le principe vénéneux qui » existe dans plusieurs parties de cet arbre. L'usage » des fruits et surtout celui des racines, ajoute-t-il, » n'est point sans quelque danger. »

« Parce que, sous un ciel tempéré, on aurait fait » manger à des animaux des baies d'azedarach sans » qu'ils en aient paru incommodés, nous dit M. Des» courtils (1), il ne faut pas conclure qu'elles n'a» gissent pas comme substance vénéneuse sous la

(1) Flore médicale des Antilles, tom. Ier., XIIe. livraison, pag. 212.

» zone torride ; des expériences trop nombreuses ont » constaté les vertus toxiques de la pulpe des baies » de l'azedarach. Prises fraîches et au nombre de six » à huit, elles excitent des nausées, des convulsions, » des grincemens de dents et le rire sardonique. » Bientôt le corps se couvre d'une sueur froide ; une » soif ardente consume le malade, qu'une propension » au sommeil ne peut apaiser ; les vomissemens et » les évacuations alvines excessives annoncent l'im» pression funeste de ce poison végétal sur les vis» cères ; et si l'on n'administre promptement des » secours, la malheureuse victime périt au milieu des » tourmens »

Il aurait été à désirer que M. Descourtils eût fait lui-même des expériences avec les fruits et les racines de l'azedarach dont il parle, qui est vraisemblablement le *bipiné*, et non le *melia sempervirens*.

Il semblerait que le père Nicolson, qui parle de ces fruits dans son Histoire naturelle de Saint-Domingue, n'aurait guères fait attention à l'arbre qui le porte. Il l'appelle *lilac* ; synonymie : syringa, classe 2, diandrie monogynie de Linnée, puisque la description qu'il en donne convient au lilas des Antilles, *melia sempervirens*, qui, comme on l'a dit, appartient à la *décandrie monogynie* de Linnée. Et voici ce qu'il a écrit : « On prétend que les fruits de cet » arbre, pris intérieurement, sont un poison lent » employé quelquefois par les esclaves qui ont envie » de se défaire de leurs maîtres. »

Je pense que cet auteur n'a pas pris plus de peine pour examiner la classe de cet arbre par rapport au système de Linnée, qu'il n'en a pris pour s'assurer si réellement ses fruits étaient délétères. Et voilà, je crois, en partie les sources d'où proviennent les craintes qu'a inspirées ce joli arbre, qui autrement serait plus souvent l'ornement des habitations, vu son élégance et la promptitude avec laquelle il croît, n'importe dans quelle position ou dans quelle terre, bonne ou mauvaise. Quoiqu'en Europe cet arbre ne s'élève guères qu'à huit ou dix pieds, selon M. de Lamarck, à la Guadeloupe on en voit de vingt pieds de haut. En décembre de l'année 1819, j'en plantai quelques graines, et en mars 1822 les arbres provenus de ces graines avaient quinze pieds de haut, et portaient des fleurs et des fruits.

Le lilas des Antilles n'est point un arbre touffu ; ses feuilles viennent par bouquets à l'extrémité des rameaux ; elles sont d'un vert gai, alternes, deux fois ailées, à folioles ovales pointues, dentées en scie, au nombre de 4 à 5, légèrement ridées, n'ayant qu'une odeur herbacée et un goût un peu amer.

Les fleurs naissent sur des pédoncules communs, de 8 à 9 pouces de long, axillaires aux sommités des branches, en grappes droites. Les pétales sont oblongs, de 4 lignes, au nombre de 5, d'un violet tendre. Les étamines réunies en un tube cylindrique à dix dents. Les anthères sont adossés à la face interne des dents ; les stygmates en tête. Elles sont d'un violet noirâtre, ont 3 lignes de long, et se détachent agréablement sur la couleur pâle des pétales. Le calice est très-petit et a cinq découpures ; il est attaché à un pédoncule propre de 4 lignes de long. L'odeur de ces fleurs est très-agréable et ressemble beaucoup à celle du lilas commun (syringa vulgaris).

Lémery a dit que la décoction de ces fleurs est apéritive, dessiccative, et propre pour les obstructions ; mais comme du temps de Lémery on ne savait guères d'où provenaient les obstructions, on ne doit guères non plus, de nos jours, ajouter foi à ces désobstruans.

Le docteur Alibert nous dit que nombre de faits déposent en faveur des propriétés anthelmintiques de l'azedarach, et le docteur Valentin l'a vu employer fréquemment durant son séjour en Amérique.

Le drupe, ou fruit du lilas des Antilles, ressemble à une petite olive. Lorsqu'elle est mûre, elle est d'un jaune verdâtre. Elle contient un noyau à cinq loges et à cinq graines. Son goût est douceâtre et mêlé d'un peu d'amertume qui le rend désagréable.

Quelques guérisseurs prétendent que ces fruits bien mûrs, mis en pâte avec de l'huile d'olives et du sel, forment un onguent excellent pour guérir les éruptions galeuses.

La pulpe du fruit du *melia sempervirens* est employée en Perse, au rapport du célèbre botaniste André Michaux, pour guérir la gale et la teigne. On se sert de celle qui entoure le noyau, et on la mêle avec de la graisse pour en faire des frictions. M. Descourtilz nous dit que l'huile qu'on retire de ce fruit est estimée vulnéraire.

L'azédarach commun (melia azedarach) se trouve aussi à la Guadeloupe dans quelques jardins. Je l'ai cultivé dans le mien où il avait parfaitement réussi. On vient de voir ce qu'en pensent les auteurs très-instruits que je viens de mentionner, relativement à ses propriétés toxiques. Cependant M. le docteur Orfila n'en parle point dans son excellent Traité des poisons, ce qui m'a fait présumer qu'il ne croyait point cet arbre délétère.

Les deux autres espèces de ce genre connues sont : 1°. l'*azedarach composita*, et 2°. l'*azedarach azadriachta* (Persoon), qui ne sont point cultivées à la Guadeloupe, que je sache. Ces arbres sont indigènes des Indes-Orientales.

Expériences faites avec les différentes parties du lilas des Antilles (melia sempervirens, Lin.), qui prouvent que cet arbre n'a aucune propriété délétère.

1re. Expérience. — Deux gros de la gomme qui découle du tronc de cet arbre n'ont eu aucun effet sur un très-jeune chien. J'en ai donné une once à un autre qui n'a rien éprouvé non plus par cette dose.

2e. Expérience. — Une once de fleurs pilées en une pâte, et délayées dans un peu d'eau, n'ont eu aucun effet sur un très-jeune chien. Deux onces des feuilles ainsi pilées n'ont rien produit sur le même animal.

3e. Expérience. — Deux onces des fruits mûrs, pilés avec leurs noyaux, n'ont rien fait à un jeune chien. J'en ai donné quatre onces à un autre sans qu'il en fût incommodé. Une heure après il a mangé avec appétit. J'ai répété cette expérience avec de plus fortes doses de ces fruits, sans nuire aux animaux qui les ont avalés.

Cependant on lit dans le Dictionnaire des sciences médicales : « Il parait certain, d'après plusieurs » observations, que le fruit mûr du *melia* empoi» sonne les chiens. » Mais qui a fait ces observations?

4e. Expérience. — J'ai moi-même mâché et avalé deux de ces fruits que j'ai trouvés fort mauvais, mais qui ne m'ont fait aucun mal.

5e. Expérience. — Un jeune nègre, âgé de six ans, en a mangé plus de quinze sans en avoir été incommodé. Ce qui prouve que les fruits du *melia sempervirens* ne sont point délétères dans un climat très-chaud.

De la racine du lilas des Antilles.

Cette racine est couverte d'une écorce rougeâtre qui s'enlève aisément. Son bois est d'un blanc sale; son odeur approche de celle du poireau, et son goût est amer, âcre, et fort désagréable. J'ai fait une décoction avec huit onces de ces racines, et une livre d'eau que j'ai réduit à moitié.

1re. Expérience. — J'ai fait avaler deux cuillerées à bouche de cette décoction à un chien de moyenne taille. Une heure après, voyant qu'il n'éprouvait rien, je lui en ai fait avaler quatre autres cuillerées qui n'ont rien fait non plus. Je lui en ai fait prendre encore huit cuillerées; puis, deux heures après, j'ai lâché le chien, qui, n'ayant rien mangé depuis la veille, a dévoré un morceau de pain que je lui ai donné, et les jours suivans il n'a point paru malade.

2e. Expérience. — J'ai fait une forte décoction avec une livre de ces racines fraîches, puis j'en ai pilé une autre livre dans un mortier, et j'ai versé la décoction toute bouillante sur les autres racines réduites en une pâte. Plusieurs fortes doses de cette préparation, administrées à de très-jeunes chiens, n'ont produit aucun effet sur eux.

3e. Expérience. — J'en ai avalé moi-même deux cuillerées à bouche sans en avoir été incommodé. Je lui ai trouvé un goût amer désagréable, approchant de celui du poireau.

4e. Expérience. — J'ai aussi donné les brous pilés de cet arbre à divers animaux sans qu'ils aient été incommodés. Ainsi donc, d'après toutes ces expériences, je puis conclure que le lilas des Antilles n'est pas plus vénéneux sous la zone torride que sous un ciel tempéré.

Analyse chimique des fruits du lilas des Antilles (melia sempervirens, Lin.).

1re. — 180 grammes de ces fruits mûrs ont été mis en pâte, et épuisés par l'alcool froid à 36°. Les liqueurs alcooliques réunies et filtrées au travers d'un papier, avaient une couleur verdâtre.

2e. — Ces liqueurs, mises dans une capsule de porcelaine et évaporées à un feu doux, se sont épaissies et ont laissé surnager une substance huileuse d'un vert foncé, ayant une odeur aromatique, un goût excessivement amer, âcre et désagréable. Cette substance enlevée s'est trouvée être du poids de 5 grammes.

A. Elle rougissait le papier de tournesol.

B. Soluble dans l'alcool.

C. Insoluble dans l'eau.

C'était de la chlorinite ou résine verte, matière colorante des végétaux (Desvaux), combinée avec un peu d'huile grasse.

3e. — La liqueur restée dans la capsule d'où l'on avait enlevé le chlorinite, était de consistance sirupeuse, d'un goût douceâtre désagréable, d'une odeur aromatique et d'une couleur brune. Nous l'avons marquée de la lettre X.

4e. — Cette liqueur X, filtrée sur un papier, y a laissé une substance brune qui, exposée à l'air pendant une vingtaine de jours, ne s'est point desséchée. Elle est restée de consistance butireuse, d'une odeur très-aromatique, du poids d'un gramme et 5 décigrammes. On l'a marquée de la lettre Z.

A. Une portion de cette substance Z, du poids de 5 décigrammes, a été délayée dans l'eau distillée qu'elle a fortement colorée: puis par le repos, il s'est fait un dépôt d'une poussière brune, du poids de 4 décigrammes, qui était de la résine, soluble dans l'alcool, insoluble dans l'eau, rougissant le papier de tournesol, d'un goût légèrement amer, brûlant, et répandant une odeur aromatique. La partie soluble dans l'eau, d'où s'était précipitée cette résine, ne rougissait plus le papier de tournesol. L'alcool l'a troublée; c'était une substance muqueuse du poids d'un décigramme.

N. B. On a vu que 5 décigrammes de la substance Z avaient donné 4 décigrammes de résine et 1 décigramme de muqueux; donc 1 gramme et 5 décigrammes auraient donné 12 décigrammes de résine et 3 décigrammes de muqueux.

5e. — La liqueur qui avait fourni la substance Z était resté du poids de huit grammes.

A. Elle était demi-transparente.

B. D'une couleur brune.

C. Tenue dans une capsule pendant quinze jours, elle s'est un peu épaissie, et ne pesait plus que 6 grammes.

D. Elle était parfaitement soluble dans l'eau et dans l'alcool; la dissolution était de couleur jaunâtre, et elle était précipitée par le tannin, ce qui m'a fait présumer que c'était de la sarcocolle, et, de plus, quelques réactifs ont agi comme ils l'auraient fait sur la sarcocolle (1).

E. L'acide sulfurique s'est coloré en brun foncé.

F. La potasse s'est colorée en vert clair.

G. La magnésie en vert clair.

H. Le perchlorure de mercure n'a subi aucun changement.

I. Le sous-acétate de plomb a produit un précipité blanchâtre abondant. La liqueur est restée limpide.

N. B. On voit par ce travail que l'huile fournie par les fruits du melia traités par l'alcool, était en quantité infiniment petite, puisqu'il ne s'en est trouvé que fort peu, combinée avec la chlorinite et avec la substance X. Cependant M. Descourtilz, dans sa Flore médicale des Antilles, nous dit: « Ces baies » contiennent une huile concrète dont on fait des » bougies en Perse et en Syrie (2), et de laquelle on » se sert aussi en peinture. »

Traitement par l'eau distillée.

1er. — Le marc du fruit, déjà épuisé par l'alcool, a été macéré dans l'eau, qu'on a passée à travers un linge, en renouvelant l'eau sur ce marc, jusqu'à ce qu'elle y passât parfaitement limpide. Le résidu a été marqué V.

2e. — Les eaux réunies ont été filtrées au travers d'un papier où il est resté un autre résidu qu'on a marqué X. La liqueur filtrée sur le papier était légèrement verte.

(1) La sarcocolle est presque également soluble dans l'eau et dans l'alcool. La dissolution est de couleur jaune. La propriété la plus remarquable de la sarcocolle est celle d'être précipitée par le tannin.

(*Chimie de Thompson*, *vol. IV*, *pag.* 39.)

(2) En parlant des propriétés médicinales des fruits du *melia*, M. Descourtilz ajoute: « Les feuilles séchées » et pulvérisées, jointes à l'huile des fruits, forment un » onguent contre les convulsions, spasmes et douleurs » nerveuses. »

B. Rougissant fortement le papier de tournesol.

C. Le peroxide de fer n'a produit aucun changement.

D. La teinture de noix de galle aucun changement.

E. L'alcool a produit de petits globules blancs, brillans, qui sont restés longtemps suspendus dans toute la liqueur et se sont réunis en une masse à la surface.

F. L'ammoniaque n'a produit aucun changement.

G. L'acide sulfurique n'a produit aucun changement.

H. Le sous-acétate de plomb a produit un coagulum très-abondant.

3e.— Le restant de cette liqueur, ainsi essayée par ces divers réactifs, a été évaporée à siccité. Le résidu était d'une couleur verdâtre.

B. D'une odeur aromatique très-agréable.

C. D'un goût désagréable, qui n'était pourtant ni âcre, ni amer.

D. De la consistance du saindoux, ressemblant à de la gelée transparente, et ne se desséchant point quoique longtemps exposé à l'air.

E. Du poids de huit grammes (1).

F. L'alcool en a dissout une partie (c'était de la chlorinite). Il s'est coloré en vert. Le précipité était une substance brune, plus ferme, ressemblant à de la cire molle, entièrement soluble dans l'eau, sans odeur, se fondant dans la bouche, d'un goût aigrelet, précipitée de sa solution aqueuse par l'alcool. C'était une espèce de gomme.

Des résidus marqués V et X.

Le résidu V, desséché au soleil, est resté du poids de 70 grammes, et celui resté sur le papier à filtrer, marqué de la lettre X, était du poids de 10 grammes.

1er. — Ces substances ont été réunies, on les a délayées dans l'eau, puis passées au travers d'un tamis de crin, sur lequel tous les morceaux de noyaux des fruits qui n'avaient pas bien été écrasés sont restés. Cette opération répétée à plusieurs reprises, les eaux ont laissé déposer une substance roussâtre, insoluble, sur laquelle quelques gouttes de teinture d'iode ont produit une belle couleur violette indiquant la fécule amylacée. Cette fécule était mêlée avec de la terre et autres impuretés, dont elle n'a pas été bien séparée. Elle était du poids de huit grammes.

2e. — Le marc d'où provenait cette fécule, après avoir été desséché au soleil, est resté du poids de 50 grammes. Il avait une odeur aromatique et huileuse. Pulvérisé et traité par l'alcool bouillant, il a fourni 2 grammes d'une huile grasse verdâtre, contenant un peu de chlorinite.

N. B. 180 grammes des fruits mûrs du *melia sempervirens*, bien desséchés dans une étuve, se sont réduits au poids de 80 grammes. Il s'en était donc évaporé 100 grammes d'eau.

Il résulte de cette analyse chimique que 180 grammes des fruits mûrs du *melia sempervirens* ont donné :

1. Eau évaporée par la dessiccation des fruits	100,0
2. Chlorinite	5,0
3. Résine	1,2
4. Espèce de sarcocolle	6,0
5. Muqueux	0,3
6. Gomme	10,0
7. Fécule amylacée	7,0
8. Huile grasse	2,5
9. Ligneux	46,0
10. Acide acétique, des traces. Perte	2,0
Total	180,0

(1) *N. B.* La quantité de liqueur employée avec les réactifs était le cinquième de la totalité, ce qui aurait donné deux grammes de plus.

RAPPORT

Sur un mémoire de M. Fleurot, de Dijon, par M. Garot.

La Société m'ayant chargé de vous faire un rapport sur un mémoire de M. Fleurot de Dijon, intitulé : Recherches chimiques sur plusieurs parties du sophora du Japon, sophora Japonica, L., je viens remplir aujourd'hui cette honorable tâche.

Le but que s'est proposé l'auteur du mémoire, était de rechercher à quel principe le *sophora* devait les propriétés purgatives que lui attribuent les ouvrages de matière médicale.

C'est en traitant successivement les différentes parties du sophora par l'éther, l'alcool et l'eau, que M. Fleurot est parvenu à constater les différens produits qui, selon lui, existent dans l'écorce, le bois, les feuilles et les fruits de cette légumineuse.

Ces produits sont :

De la cathartine;
Un principe odorant;
Une matière colorante jaune;
De l'albumine;
De la chlorophylle;
De l'amidon;
De la gomme;
Du mucoso sucré;
Une substance analogue au caoutchouc.
Du malate de chaux;
Et d'autres sels minéraux.

N'ayant pas à ma disposition les matériaux nécessaires pour répéter les expériences consignées dans ce mémoire, je ne puis me prononcer sur l'exactitude des résultats analytiques qui y sont consignés. Cependant je pense que le procédé employé par M. Fleurot, pour extraire la cathartine, ne doit pas donner un produit pur, et que la matière extractive qu'il obtient doit être très-acide. Car trois opérations successives tendent à donner naissance à de l'acide acétique dans le produit. Et, en effet, le procédé consiste à verser, 1° un excès d'acétate de plomb dans une décoction de bois de sophora, à filtrer, à faire passer un courant d'hydrogène sulfuré dans la liqueur, et à évaporer. L'extrait étant obtenu, il est traité, 2° par de l'alcool aiguisé d'acide sulfurique, pour en éliminer la potasse de l'acétate de cette base existant naturellement dans la plante. On sépare le sulfate de potasse par le filtre, puis, 3° on traite de nouveau par l'hydrogène sulfuré, pour précipiter le plomb de l'excès d'acétate employé,

enfin on évapore. Comme on peut le voir, l'acétate de plomb employé deux fois en excès et décomposé par l'hydrogène sulfuré, abandonne son acide à la liqueur : d'autre part, l'acétate de potasse, décomposé par l'acide sulfurique, en fournit une nouvelle dose.

Dans les recherches qui ont été l'objet de ce mémoire, notre confrère s'est, je crois, laissé trop influencer par le désir de trouver dans le sophora une composition chimique analogue à celle d'autres plantes purgatives de la même famille. C'est ainsi que, se fondant sur ce que la matière extractive qu'il a obtenu se comporte avec les réactifs, à peu près comme la cathartine du séné, il l'a considérée comme telle : qu'elle provienne du bois, des feuilles ou des fruits, bien que la pulpe des fruits soit qualifiée par M. Decandolle, acerbe et astringente.

M. Fleurot reconnaît cependant bien lui-même que des essais de laboratoire ne sont pas suffisans pour établir une parfaite analogie entre des produits végétaux, et qu'il reste à consulter l'expérience sur l'organisme : c'est ce qui n'a pas été fait pour cette matière, qu'il considère cependant comme devant être la partie active du sophora.

S'il est vrai qu'à la Chine les émanations seules du bois de cet arbre suffisent pour purger les ouvriers qui le travaillent, il est évident que, depuis 86 ans que cet arbre est venu de graine en France, il a perdu les propriétés énergiques qui le caractérisaient, puisque M. Fleurot a pu rester impunément exposé aux émanations des diverses parties qu'il a soumises à l'analyse. Faut-il en conclure de là, avec notre confrère, que les effets délétères observés dans le sophora ne sont pas dus à un principe volatil, mais bien à l'introduction dans l'estomac de quelques particules ténues contenant de la cathartine, je ne le pense pas. Au reste, il est bien difficile, ce me semble, de préjuger quels peuvent être les principes actifs d'un arbre qui croît naturellement au Japon, d'après les indications fournies par un individu de la même espèce, venu de graine dans nos climats tempérés, et y végétant depuis 83 ans.

Quoi qu'il en soit, malgré l'opinion que je viens d'émettre sur quelques-uns des résultats de l'analyse de M. Fleurot, ce mémoire n'en est pas moins, à mon avis, très-recommandable sous les rapports tant chimiques que botaniques, et je pense que la Société, doit en ordonner le dépôt dans ses archives et adresser des remercîmens à son auteur.

JOURNAL
DE CHIMIE MÉDICALE,
DE PHARMACIE ET DE TOXICOLOGIE;

REDIGÉ PAR MM. CHEVALIER, DUMAS, FÉE, GUIBOURT, JULIA-FONTENELLE, LASSAIGNE, ORFILA, PAYEN, PELLETAN, PELOUSE, ACH. RICHARD, ROBINET.

SEPTEMBRE, 1833.

MÉMOIRE

Sur le Jalap, par M. Daniel B. Smith, suivi d'observations par M. Guibourt (1).

La plante qui produit le jalap a toujours été le sujet de beaucoup d'incertitudes. On l'a considérée successivement comme une bryone, une rhubarbe, une belle-de-nuit, enfin comme un liseron; mais jusqu'à ce jour elle a été confondue avec celle qui produit le méchoacan. C'est pour faire cesser cette confusion, que M. D.-B. Smith a publié les observations, dont nous commençons dès ce moment à présenter un extrait.

Le premier auteur qui ait décrit le jalap est Monardès, en 1570, dans son (Histoire des médicamens simples apportés du Nouveau-Monde.) Il fait remarquer la différence qu'il y a entre le jalap et le méchoacan, et donne plusieurs figures de cette dernière plante. Sa description des deux racines est claire et bien définie; on peut la trouver dans le Dispensaire américain de Coxe, art. Jalap.

Thierry de Menonville, qui a visité la patrie du jalap, en 1777, a décrit une plante rencontrée près de Vera-Cruz, comme celle dont on obtient le jalap.

Cette plante fut trouvée identique avec celle que Michaux père avait envoyée de la Floride orientale au Jardin des Plantes de Paris, véritable ipomœa auquel il a donné le nom d'ipomœa macrorhiza.

Desfontaines a décrit cette même plante dans le second volume des Annales du muséum, sous le nom de convolvulus jalapa, et comme produisant le jalap officinal. Elle est aussi décrite comme telle dans le Botanical magazine de Curtis. Pursh, dans son Genera of north american plants, décrit l'ipomœa macrorhiza sous le nom d'ipomœa jalapa, et ne met pas plus en doute que ce ne soit l'espèce officinale. Il fut confirmé dans cette opinion, lorsqu'il vit la plante élevée d'un semis de quelques graines récoltées au Mexique, laquelle lui parut être le convolvulus jalapa de Linnée, ainsi que l'ipomœa macrorhiza de Michaux. Malgré toutes ces autorités, il paraît presque certain que la plante de Michaux est le méchoacan, qui était considéré autrefois comme une espèce de bryone (bryonia mechoacana nigricans), et non le jalap; car sa racine pèse quelquefois 40 à 50 livres, grosseur que le jalap n'atteint jamais.

Il faut espérer que l'obscurité qui a si longtemps régné sur ce sujet est enfin dissipée, et que la question est résolue aujourd'hui. Le docteur Redman Coxe, de l'Université de Pensylvanie, ayant reçu de Xalapa, dans le courant de l'été de 1827, un certain nombre de vraies plantes de jalap en pleine végétation, et les ayant cultivées depuis cette époque dans son jardin, M. Smith donne alors un extrait du journal de culture de M. Coxe, tiré du The american Journal of the medicale sciences, février 1830, depuis le 8 juin 1827, jour auquel ce dernier reçut les plantes de jalap, jusqu'au mois de décembre 1829. Dans cet intervalle de temps, la plante fleurit trois fois vers l'arrière-saison, mais elle fut à chaque fois détruite par la gelée, et ne put donner de fruit, qui est resté inconnu. Voici la description botanique qui en a été faite par M. Nuttal.

Ipomœa jalapa. Racine tuberculeuse, arrondie, un peu piriforme, noirâtre extérieurement, blanchâtre à l'intérieur; de longues radicules partent de sa partie inférieure, et les tiges s'élèvent de la surface supérieure.

Tige ronde, herbacée, d'un brun brillant, très-volubile, et, comme toute la plante, parfaitement lisse.

Feuilles cordiformes, entières, lisses, très-acuminées, et profondément échancrées à la base; les feuilles du bas sont quelquefois légèrement hastées, ou portent les points angulaires écartés; la surface de dessous est marquée de veines proéminentes; le pétiole égale souvent la longueur de la feuille.

Pédoncules à peu près de la longueur des pétioles, portant communément deux fleurs, plus rarement trois.

Calice sans bractées, à cinq divisions obtuses, deux des divisions sont extérieures.

Corolle infundibuliforme, entièrement d'un pourpre lilas et d'une demi-transparence cireuse.

(1) La traduction du Mémoire a été faite par M. John Ozanne, élève en pharmacie.

Etamines cinq, anthères oblongues, blanches, quelque peu sorties.

Pistil; ovaire grêle, atténué en style (observation faite sur une fleur imparfaite); stigmate en tête simple.

Semences encore inconnues.

En comparant la description précédente de Nuttal avec la suivante qui a été donnée dans le Botanical Magazine de Curtis, et qui se rapporte incontestablement à la plante de Michaux, il ne peut être nullement douteux que les deux espèces ne soient entièrement différentes. Il est surprenant que le docteur Coxe, avec tous ces faits devant lui, ait appelé sa plante ipomœa jalapa ou macrorhiza. Si des recherches plus profondes établissaient que la plante du docteur Coxe est la vraie plante du jalap, elle aura droit au nom ipomœa jalapa; mais dans tous les cas, elle ne devra jamais être confondue avec l'ipomœa macrorhiza de Michaux.

Description tirée du *Botanical Magazine*. (1).

Convolvulus : cor. campanulata plicata; stigmata 2; caps. bilocularis; loculis dispermis.

Convolvulus jalapa; foliis cordatis, repandis, integris, lobatisve, subtus lanatis; pedunculis 1-3-floris; pedicellis petiolisque biglandulosis; semine lanigero.

Synonymes.

Convolvulus jalapa; caule volubili, foliis ovatis subcordatis obsolete repandis, subtus villosis, pedunculis unifloris. Hort. Kew. I, p. 211; ed. alt. I, p. 332; Willd. Sp. plant. I, p. 860.

Convolvulus jalapa, caule volubili, tuberculoso, foliis cordato-ovatis, subrugosis, subtus villosis, integris aut lobatis; pedunculis uni vel multifloris; filamentis basi tomentosis; semine lanigero. — Desfontaines, Annales du Muséum, t. 2, p. 126, tab. 40 et 41.

Ipomœa macrorhiza, radice crassissima; foliis subtus tomentosis, cordatis, simplicibus lobatisque, plicatis; pedunculis subunifloris; calicis foliolis ovalibus muticis; corolla alba grandi; seminibus prolixe lanuginosis. — Michaux, Flor. bor. amer. I, p. 141.

Ipomœa jalapa, pubescens, foliis cordatis integris lobatisque plicato-rugosis, pedunculis 1-3 floris, foliolis calicis ovalibus, muticis, corollis campanulatis, seminibus prolixe lanuginosis, radice crassissima. — Pursh, Fl. bor. amer., p. 126, inedit.

Une racine a dernièrement été apportée sur notre place, en très-grande quantité, et vendue sous le nom de jalap. Elle est fusiforme, fibreuse, et coupée en tranches transversales; elle est extérieurement d'un brun foncé, et très-ridée longitudinalement; la cassure en est rude, d'un gris rougeâtre, avec des lignes couleur de frêne, parmi lesquelles on aperçoit des fibres blanches. En lisant cette description, le lecteur sera sans doute frappé de la ressemblance de cette racine avec celle que M. Ledanois a envoyée du Mexique en France, sous le nom de jalap mâle, etc.

(1) Cette description a été prise sur une plante obtenue par M. Lambert, de graines venues du Mexique.

Observations.

Le mémoire de M. Smith me paraît enfin faire connaître la plante qui produit le jalap officinal; mais il peut donner lieu à quelques remarques qu'il n'est pas inutile de joindre ici.

M. Smith nous montre bien que l'ipomœa macrorhiza Mx., qui est aussi le convolvulus jalapa de Linnée et de M. Desfontaines, ne produit pas le vrai jalap officinal; mais je pense qu'il se trompe en émettant l'opinion que cette plante produit presque certainement le méchoacan; car, indépendamment d'une autre raison que j'en donnerai plus loin, si, comme le remarque M. Smith, l'ipomœa macrorhiza, dont la racine pèse quelquefois 50 à 60 livres, ne peut produire le jalap, qui n'a jamais atteint cette grosseur, à plus forte raison cette plante ne peut-elle pas donner le méchoacan, qui est généralement d'un plus petit volume que le jalap.

D'après M. Smith ou le docteur Coxe, le premier auteur qui ait décrit le jalap est Monadès, qui, dans son Histoire des Simples apportées de l'Amérique, publiée en 1570, a fait remarquer la différence entre le jalap et le méchoacan, et a donné une description claire et définie de ces deux racines. On pourrait vouloir chercher, d'après cela, une bonne description du jalap dans l'ouvrage de Monardès; mais cette racine n'y est même pas nommée, et on n'y trouve que la description très-imparfaite de trois espèces de méchoacan : je crois devoir la reproduire ici :

1° Méchoacan. Racine trouvée vingt ans auparavant dans la province de Méchoacan (aujourd'hui Valladolid), située à 80 milles au-delà de Mexico. La plante produit beaucoup de rameaux flexibles, qui grimpent sur des perches ou des treillages, et les enveloppent de leurs contours multipliés; les feuilles sont arrondies, terminées en pointe, pétiolées, amples, fibreuses et tellement minces, qu'elles paraissent privées de suc. Le fruit est de la grosseur d'un grain de coriandre sec, ramassé en grappe; la racine est épaisse, semblable à celle de bryone, de sorte que bien des gens ont pensé que c'était la même plante, ou au moins une de ses congénères; mais elles diffèrent beaucoup : la racine de bryone est pourvue d'une grande âcreté, tandis que le méchoacan est insipide.

2° Mechoacan alterum. On nous apporte maintenant un autre méchoacan, croissant aux environs de Nicaragua et de Quito, où il est cultivé avec soin, et est en grand usage à cause de ses admirables effets, bien supérieur à celui que l'on a coutume de nous apporter de la Nouvelle-Espagne. La fleur ressemble à celle de l'oranger, mais elle est formée de cinq pétales plus grands; le fruit est de la grosseur d'une aveline, formé d'une enveloppe mince, blanchâtre, et divisé intérieurement en deux cellules, dont chacune contient deux graines de la grosseur d'un petit pois, devenant noires à leur maturité, faciles à faire germer dans une terre molle et légère.

3° Méchoacan silvestris. On nous apporte aussi du promontoire de Dona Helena, situé dans la province de Nicaragua, une autre espèce de méchoacan sauvage, qui excite de graves symptômes, tels que vomissemens, coliques et flux de ventre : ce méchoacan passe, à cause de cela, pour une scammonée; mais personne, après en avoir fait un premier essai dangereux, n'ose plus s'en servir de nouveau. Ce méchoacan est semblable à l'autre par ses feuilles,

ses sarmens et sa racine; mais il est plus petit dans toutes ses parties, et sa racine est pourvue d'une certaine âcreté.

Ces derniers caractères peuvent, à la rigueur, convenir au jalap; mais le premier auteur qui ait parlé de cette racine d'une manière positive, est Gaspard Bauhin, qui la décrit dans son Prodromus theatri botanici, publié en 1620, sous le nom de Bryonia mechoacana nigricans, nom que M. Smith applique, à tort, au méchoacan, tandis qu'il se rapporte au jalap, comme on peut le voir par la description suivante de Bauhin :

Bryonia mechoacana nigricans. Racine semblable au méchoacan, mais couverte d'une écorce noirâtre, rougeâtre en dedans, arrondie, coupée par morceaux, de la grandeur et de la forme d'un sabot à jouer, apportée des Indes occidentales il y a onze ans, par conséquent en 1609, sous le nom de chelapa ou de celapa. Les habitans d'Alexandrie et de Marseille la nomment jalap ou gelapo, et elle est regardée par les Marseillais comme une sorte de méchoacan noir ou mâle.

Ces observations faites au sujet du mémoire de M. Smith sont, comme on le voit, fort peu importantes; mais ce que je veux surtout faire ressortir ici, c'est que c'est véritablement à lui que l'on devra de ne plus confondre la plante du vrai jalap avec l'ipomœa macrorhiza de Michaux (convolvulus jalapa L.), puisque, comme on a pu le voir, le docteur Coxe lui-même a cru encore à l'identité des deux espèces, et a nommé la plante du vrai jalap indifféremment ipomœa jalapa ou macrorhiza; tandis que le seul nom qu'elle doive porter est ipomœa jalapa.

M. Smith, à la fin de son mémoire, décrit succinctement une racine fusiforme et fibreuse, qui paraît être aussi répandue aujourd'hui dans les Etats-Unis d'Amérique qu'en France, où elle est connue sous le nom de jalap léger, et qui est bien la même que celle envoyée du Mexique par M. Ledanois à M. Chevallier, sous le nom de jalap mâle. Mais je pense que ni l'un ni l'autre de ces noms ne lui convient : le dernier, parce qu'il est absurde aujourd'hui; et l'autre, parce qu'on trouve facilement du vrai jalap officinal plus léger et moins résineux que ce prétendu jalap léger. La meilleure manière de désigner ces deux racines est, suivant moi, de nommer le vrai jalap officinal jalap tubéreux, et l'autre jalap fusiforme, puisque, en effet, le caractère différentiel et constant de ces deux racines réside dans leur forme, qui repose sur une organisation particulière, et qui est la cause des autres différences qu'on y remarque : telles sont surtout la cassure compacte et conchoïde du jalap tubéreux, et les longues fibres longitudinales, dont les extrémités paraissent sur la coupe transversale desséchée du jalap fusiforme.

Postérieurement à l'envoi de la racine de jalap fusiforme, M. Ledanois a adressé à l'Académie des sciences, par l'intermédiaire de M. de Humboldt, un échantillon de la plante qui le produit, ainsi qu'une autre plante qui me paraît être celle du jalap tubéreux, ou l'ipomœa jalapa de M. Smith : on en jugera par l'extrait suivant du rapport fait à l'Académie par M. Desfontaines. (Journal de chimie médicale, t. 7, p. 85.)

« Ces deux espèces de jalap appartiennent au » genre convolvulus; leurs feuilles sont en forme » de cœur; celles du jalap mâle sont velues; celles » de l'autre sont lisses et terminées par une longue » pointe. Leur corolle est de la forme et de la grandeur de celle de notre liseron des haies (convolvulus sepium L.). Elle est d'une belle couleur » rose. Ces deux plantes diffèrent du jalap commun » cultivé au Jardin du Roi.

Il me paraît évident que la plante à feuilles lisses, longuement acuminées et à fleurs roses, est le vrai jalap ipomœa jalapa Smith. Il est très-probable, en outre, que le jalap mâle ou jalap fusiforme ne diffère du premier que par la forme de ses feuilles, qui sont velues et non longuement acuminées (les fleurs paraissent semblables). Enfin, il n'est pas douteux, par le témoignage de M. Desfontaines lui-même, que ces deux plantes diffèrent du convolvulus jalapa L, ou ipomœa macrorhiza Mx., dont le produit doit être ignoré du commerce, et n'est pas même la racine de méchoacan.

La racine de méchoacan ne paraît pas avoir jamais varié dans sa nature. Elle s'est toujours présentée coupée en rouelles de 1 à 3 pouces de diamètre au plus, ou en parties de tronçons alongés, ayant les unes et les autres appartenu à une racine fusiforme. Elle est tout-à-fait blanche et farineuse à l'intérieur, inodore, d'une saveur presque nulle d'abord, suivie d'une très-faible âcreté. Elle est toujours mondée de son écorce, dont on aperçoit seulement parfois quelques vestiges jaunâtres; enfin, ce qui distingue complètement le méchoacan des deux espèces de jalap, de la racine de l'ipomœa macrorhiza, et aussi des tubercules mondés et coupés de l'arum dracunculus, qui lui ressemblent beaucoup, ce sont des taches et des pointes radiculaires ligneuses qui doivent sortir en très-grand nombre de toute la superficie de la racine, parce qu'il n'est guère de parties extérieures du méchoacan, si petites qu'elles soient, qui n'en offrent une ou plusieurs. Toute plante dont la racine n'offrira pas ce caractère, ne sera pas la plante du méchoacan, et l'on peut dire que jusqu'à présent celle-ci est complètement inconnue.

La planche représentant le vrai jalap sera jointe au prochain numéro.

NOTE

Sur le lactomètre, par M. Payen.

On s'est occupé depuis longtemps des moyens de reconnaître et de prévenir les altérations généralement apportées dans le lait comestible, dont une foule de nourrisseurs approvisionnent les consommateurs dans les grandes villes.

Les autorités administratives, les conseils de salubrité, les sociétés médicales, ont discuté cette question sans la résoudre; d'ailleurs, il convient d'ajouter que ces altérations ont été reconnues exemptes du caractère d'insalubrité que l'on avait cru devoir leur reprocher.

En effet, les nombreux essais entrepris à cet égard ont appris que la seule addition de quelque importance est toujours de l'eau potable; que la légère proportion de matière colorante employée pour rétablir la teinte ordinaire du lait après l'avoir ainsi étendu, n'offre aucun danger pour la salubrité publique; que la crême enlevée, augmentant parfois la proportion relative du caséum, n'avait pas non plus d'autre inconvénient que de rendre la saveur du lait moins agréable.

Cependant on avait cherché vainement un moyen pratique facile de reconnaître ces altérations variables et les résultats de quelques autres causes d'appauvrissement du lait, afin d'assigner du moins au lait sa véritable valeur vénale.

L'instrument nouveau, qui fut imaginé à Londres par M. Banks, est déjà fort usité dans ce pays des applications positives; son importation fut faite chez nous par M. Valcourt, agronome distingué; il est construit à Paris par un de nos plus habiles fabricans d'ustensiles de précision, et porte déjà, dans son historique, d'excellentes recommandations.

Le lactomètre consiste en une sorte d'éprouvette à pied, divisée en centièmes près de sa partie supérieure (1).

Une mesure exacte de lait, remplissant le tube jusqu'à la ligne ultime, la crême peu à peu monte, et lorsque son épaisseur est stationnaire, on apprécie facilement le nombre de centièmes du volume total que cette partie butireuse occupe.

On conçoit que la proportion de crême représente la valeur relative du lait; car elle en forme la partie la plus agréable : elle recèle le beurre qui vaut plus que les autres substances y contenues; et d'ailleurs tous les moyens connus d'altération tendent à en diminuer la quantité.

Afin de vérifier si l'indication précitée est donnée par le lactomètre, nous avons fait l'essai suivant, la température de l'air étant de 19° centésimaux.

Quatre tubles gradués ont été remplis simultanément : le premier, avec du lait qui venait d'être obtenu et passé au tamis; le deuxième, avec 1/3 d'eau et 2/3 du même lait; le troisième, avec 1/2 de chaque liquide; enfin, le quatrième, avec 2/3 d'eau et 1/3 de lait.

Au bout d'une demi-heure, les tubes remplis avec les mélanges, et surtout celui qui contenait le plus d'eau, offraient des nuances très-différentes entre la partie inférieure et la partie rapprochée de la superficie : la première était demi-translucide, bleuâtre; la deuxième opaque, tirant au jaunâtre.

Ce premier indice aurait suffi pour déceler les mélanges, le lait pur n'offrant pas de différence sensible entre ses parties, et ne présentant pas même ultérieurement entre les deux couches du lait et de la crême stationnaire, une différence de teintes aussi marquées.

L'épaisseur des couches de crême rassemblée à la surface ont longtemps varié. 8 heures après le versement dans les tubes, toutes étant stationnaires,

L'épaisseur de la couche sur le lait pur fut de			8 cent.	1/2.
Id.	contenant	1/3 d'eau	6	1/4.
Id.	*Id.*	1/2	5	»
Id.	*Id.*	2/3	3	»

On remarque que la diminution du volume de la crême est très-peu moindre que celle de la quantité de lait pur enlevée, qu'ainsi le nombre de centièmes donne assez approximativement l'indication désirée.

Rien d'ailleurs ne serait plus facile que d'intéresser les vendeurs à livrer toujours le lait le plus riche en crême et exempte de mélange; il suffirait pour cela de payer proportionnellement plus cher les hauts degrés que les faibles.

(1) Cet ustensile est vendu 2 francs chez M. Collardeau, faubourg Saint-Martin, n. 56.

On doit faire observer qu'indépendamment de toute intention de fraude, les proportions de crême varieraient encore en raison de la nourriture donnée aux vaches, de la constitution même de ces animaux, de leur état de santé, de l'époque de plus en plus éloignée de leur mise bas, etc; mais les vendeurs ne seraient pas en cela soumis à des chances plus défavorables que les vignerons et d'autres cultivateurs; ils pourraient même bien plus aisément étudier et réunir les circonstances les plus favorables à l'amélioration de leurs produits : le bénéfice qu'ils s'efforceraient ainsi d'obtenir, serait une juste récompense de leurs soins. On parviendrait sans doute, comme l'a fait remarquer M. Thénard, à faire monter la crême plus promptement, et abréger ainsi les essais, en soutenant la température à un degré plus élevé : nous rendrons compte des expériences que nous ferons dans ce but.

Outre les motifs précipités qui doivent porter les consommateurs à faire usage du lactomètre, nous ajouterons que la graduation de cette mesure en trois demi-décilitres la rend applicable à une foule de dosages utiles dans les laboratoires et les diverses opérations économiques.

CHIMIE JUDICIAIRE.

Recherches propres à déterminer l'époque à laquelle une arme à feu a été déchargée; par P.-H. Boutigny, pharmacien à Evreux (1).

Le ton d'assurance et souvent de légèreté qui règne dans la déposition de quelques témoins m'a fait faire, dans plusieurs circonstances, de pénibles réflexions; et la première session de notre Cour d'assises de cette année (1833) m'en a fourni de nouveau l'occasion. Voici dans quelle affaire.

Un homme était accusé d'une tentative d'assassinat, et il était accusé d'avoir commis ce crime avec un fusil. Un gendarme, interrogé sur la question de savoir si le fusil saisi au domicile de l'accusé avait été déchargé depuis peu, répondit qu'il ne pouvait y avoir plus de quatre jours, parce que la crasse de la batterie était noire; ce qui n'aurait pas lieu, si le fusil avait été déchargé depuis dix à douze jours. Dans ce dernier cas, la crasse eût été jaune, dit le témoin, sans hésitation et avec un aplomb vraiment remarquable, j'allais dire déplorable.

Un autre témoin, expert armurier, interrogé sur le même fait, répondit que la trace de la poudre était humide après trois ou quatre jours, mais qu'après quinze jours, les mêmes traces étaient séches et pulvérulentes. Toutefois, une expérience que ce témoin a fait ne lui a pas réussi, c'est-à-dire qu'après quinze jours la trace de la poudre était encore humide : ce qu'il attribuait à l'influence de l'atmosphère.

Une autre question surgissait encore des débats : il

(1) Nous insérons le mémoire de M. Bautigny, que nous regardons comme très-intéressant, parce qu'il peut servir de jalon pour des recherches de chimie judiciaire; nous n'avons pas besoin d'observer que les armes à feu peuvent, selon les circonstances dans lesquelles elles ont été placées, offrir des états tellement variables, qu'il sera toujours très-difficile de les apprécier avec la certitude qui convient à tout ce qui doit servir à éclairer la justice.

s'agissait de savoir si du plomb extrait des blessures de la victime était le même que celui qui était représenté par une marchande chez laquelle on croyait que l'accusé avait acheté celui que devait servir à l'accomplissement de ses funestes projets. Tout le monde, je crois, fut d'accord sur ce point. On déclara, si je m'en souviens bien, que c'était du plomb n° 2, dont l'identité était parfaite.

Enfin, une bourre accusatrice, ramassée sur le lieu du crime, était là qui augmentait encore les probabilités de la culpabilité de l'accusé. Cependant le papier de cette bourre ne s'adaptait pas à des morceaux de papier saisis au domicile de cet individu. Du reste, il avait la même couleur (il était bleu), le même aspect et la même épaisseur ; l'œil le plus exercé, l'attention la plus soutenue, et l'examen le plus minutieux, ne pouvaient montrer de différence entre la bourre et le papier qui avait été saisi chez le sieur B....

Ces preuves, ou plutôt ces apparences, seraient insuffisantes pour motiver un arrêt de mort. S'il en était autrement, et si les jurés ne puisaient pas ailleurs les élémens de leur conviction, il faudrait déplorer à jamais le sort des accusés, dont les intérêts ne sont pas moins sacrés que ceux de la société qui les accuse. N'oublions pas que toutes les erreurs d'un juge sont funestes, et que c'est trop, beaucoup trop, d'avoir à nommer les Calas, les Sirven, les Lesurques, etc.

Les questions qui ont été soulevées dans cette affaire m'ont paru fort graves, et j'ai pensé que des expériences faites dans le but d'éclairer la justice dans des cas analogues, ne seraient pas dépourvues de quelque intérêt.

Du papier.

Comme je l'ai dit, le papier était bleu; mais n'existe-t-il qu'une sorte de bleu? Et qui pourrait affirmer que les deux papiers étaient teints par la même matière? Ne sait-on pas que le bleu de Prusse, l'indigo, le tournesol, l'azur, etc., peuvent être employés à cet usage? Avant donc d'affirmer que ces papiers étaient identiques, il fallait en faire l'analyse. Et si, par exemple, un acide quelconque avait fait virer au rouge l'un des papiers, et qu'il eût été sans action sur l'autre, on aurait conclu de cette différence d'action que les papiers, quoique ayant une ressemblance physique parfaite, n'étaient pas de même nature, et l'on aurait eu raison.

Il est inutile de faire remarquer l'influence d'un pareil résultat, ou d'un résultat contraire sur la conscience des jurés.

Du plomb.

Le même diamètre des grains de plomb ne doit pas suffire pour soutenir devant la justice que du plomb saisi au domicile d'un accusé est absolument identique avec celui qui aurait été recueilli dans les vêtemens ou les blessures d'un homme qui aurait péri ou failli périr victime d'un assassinat. Pour soutenir un pareil fait avec raison et avec connaissance de cause, il faudrait avant tout avoir fait l'analyse des deux espèces de plomb pour connaître leur composition.

On sait, en effet, que le plomb parfaitement pur est très-rare dans le commerce, si même il y existe. Ce métal est toujours allié, soit avec l'antimoine, soit avec l'arsenic, soit encore avec l'argent. Assez souvent aussi il contient ou du cuivre ou du soufre, et quelquefois l'un et l'autre corps.

Il suffit, je pense, d'avoir signalé les nombreuses différences qui peuvent exister entre des plombs divers, pour faire sentir combien il importe de faire une analyse chimique dans le cas dont il s'agit.

Expériences sur les armes à feu.

Des trois questions que je me suis proposé de traiter dans cette notice, celle-ci est, sans contredit, la plus grave, et aussi celle qui offre le plus de difficultés. Elle sera, par ces raisons, l'objet d'une attention toute spéciale, et d'expériences aussi nombreuses que variées.

Voici la marche que j'ai suivie pour arriver à la solution de cette importante question :

D'abord j'ai examiné à l'œil nu les traces de la poudre sur la batterie; puis j'ai recommencé cet examen à l'aide d'une bonne loupe, et j'ai noté les propriétés physiques de la crasse. Après cet examen préliminaire, et nécessairement superficiel, je procède de la manière suivante à une analyse chimique.

J'enlève la crasse avec soin, à l'aide d'un pinceau et d'eau distillée, puis je filtre cette solution dans du papier lavé préalablement avec de l'acide hydrochlorique et de l'eau distillée. J'examine en masse cette solution; ensuite je la divise dans des tubes-éprouvettes; je la soumets à l'action de l'hydrocyanate de potasse ferruré, de l'eau de baryte, de l'acétate de plomb, de l'acide arsénieux additionné d'acide nitrique et de la teinture de noix de galle.

Le tableau suivant résume toutes les expériences que j'ai faites sur la crasse de la batterie d'un fusil, et les résultats que j'en ai obtenus depuis une minute jusqu'à cinquante jours d'intervalle.

TABLEAU SYNOPTIQUE DES EXPÉRIENCES

TEMPS qui s'est écoulé depuis que l'arme a été déchargée.	ASPECT DE LA CRASSE, ou propriétés physiques.	ASPECT de la solution filtrée.	ACTION de l'hydrocyanate de potasse ferruré.	ACTION de l'eau de baryte.
1 minute.	Noire-bleue, sèche.	Légèrem. ambr.	Rien.	Précipité insoluble dans l'acide nitrique.
1 heure.	id. id.	id.	id.	id.
2 *id.*	id. id.	id.	id.	id.
4 *id.*	id. id.	id.	id.	id.
8 *id.*	id. id.	Incolore.	id.	id.
12 *id.*	Moins foncée, id.	id.	id.	id.
24 *id.*	id. id.	id.	id.	id.
2 jours.	La pierre, le bassinet et le dessous du couvre-feu sont recouverts de petits cristaux; on remarque sur le canon quelques taches d'oxide ferrique; la crosse est humide.	id.	Louchit.	id.
3 *id.*	id.	id.	id.	id.
4 *id.*	id. sèche.	id.	id.	id.
5 *id.*	id.	id.	Après 24 heures, la liqueur est manifestement bleue.	id.
6 *id.*	id.	id.	id.	id.
7 *id.*	id.	id.	Après 3 heures, la liq. est bleue.	id.
8 *id.*	id.	id.	id.	id.
9 *id.*	id.	id.	id.	id.
10 *id.*	id.	id.	Après 6 heures, la liq. est bleue.	id.
15 *id.*	Taches nombr. d'oxide ferrique.	id.	Après 24 h., id.	id.
20 *id.*	id.	id.	Rien.	id.
30 *id.*	id.	id.	id.	id.
40 *id.*	id.	id.	id.	id.
50 *id.*	id.	id.	id.	id.

FAITES SUR LA BATTERIE D'UN FUSIL A SILEX.

ACTION de l'acétate de plomb.	La liqueur étant additionnée d'acide hydrochlorique, son action sur le papier d'acétate de plomb humide.	ACTION de l'acide arséniéux acidulé.	ACTION de la teinture de noix de galle.	OBSERVATIONS.
Précipit chocolat.	Devient coul. chocol.	Rien.	Rien.	
id. moins foncé.	id. moins foncé	id.	id.	
id. blanc sale.	Presque rien.	id.	id.	
id. blanc.	Rien.	id.	Louchit à peine.	
id. très-blanc.	id.	id.	Louchit.	
id.	id.	id.	id.	
id.	id.	id.	id.	
id.	id.	id.	id.	
id.	id.	id.	id.	
id.	id.	id.	id.	
id.	id.	id.	id.	
id.	id.	id.	id.	
id.	id.	id.	id.	
id.	id.	id.	Précipité gris, après 3 heures, la couche supérieure est noire.	
id.	id.	id.	id.	
id.	id.	id.	id.	
id.	id.	id.	id.	Le sulfate de fer commence à diminuer.
id.	id.	id.	id.	
id.	id.	id.	Peu apparent.	
id.	id.	id.	Rien.	
id.	id.	id.	id.	
id.	id.	id.	id.	

On voit, par l'inspection de ce tableau, que l'acide arsénieux et l'eau de baryte sont des réactifs inutiles : le premier, parce qu'il n'accuse la présence d'aucun corps, et l'autre, parce qu'il indique constamment la présence de l'acide sulfurique.

Il me reste maintenant à grouper les expériences que j'ai faites, et à déduire les conséquences qui en résultent. J'examinerai d'abord quelle est la valeur des caractères physiques; ensuite je dirai quels avantages on peut retirer de l'analyse chimique ou de l'examen par les réactifs.

Caractères physiques.

On ne peut tirer aucune induction de la couleur de la crasse, qui est toujours à peu près la même, ni de son état hygrométrique, qui doit nécessairement varier suivant la saison, la température et les localités.

Il n'en est pas de même de l'oxide rouge de fer. On conclura de la présence de cet oxide sur la partie du canon correspondante au bassinet, qu'il y a au moins deux jours que l'arme a été déchargée. On conclura, au contraire, de l'absence de cet oxide, qu'il n'y a pas deux jours que l'on a fait usage de l'arme.

On tirera les mêmes conséquences de la présence ou de l'absence des cristaux dans le bassinet et sous le couvre-feu.

Ainsi, lorsque l'oxide rouge et les cristaux manquent à la fois, on peut affirmer qu'il n'y a pas deux jours que l'on a fait usage de l'arme; et l'on affirmera, au contraire, qu'il y a plus de deux jours que l'arme a été déchargée, s'il existe des taches d'oxide rouge et des cristaux.

Analyse ou Essais par les réactifs.

Les réactifs indiquent, 1° la présence d'un hydrosulfate, et conséquemment de l'acide hydrosulfurique; 2° de l'acide sulfurique; 3° l'absence d'un sel de fer, plus tard sa présence, et ensuite sa disparition, sinon complète, du moins en grande partie. C'est donc principalement sur ce sel que roulent toutes les conséquences de l'analyse.

Plus loin, j'expliquerai comment ce sulfate de fer se forme, et comment il disparaît ensuite.

En réunissant les propriétés physiques et chimiques de la matière, on peut diviser les résultats que j'ai obtenus en quatre parties qui caractérisent autant de périodes.

Première période.

Elle ne dure que deux heures, et elle est caractérisée par la couleur noire-bleue de la crasse, l'absence des cristaux, de l'oxide rouge de fer, et d'un sel de fer; la couleur légèrement ambrée de la solution, et la présence d'un hydrosulfate.

Deuxième période.

Celle-ci est de vingt-quatre heures. La couleur moins foncée de la crasse, la limpidité de la solution, l'absence de l'acide hydrosulfurique, des cristaux et de l'oxide rouge de fer, et la présence d'atomes d'un sel de fer la caractérisent.

Troisième période.

Elle dure dix jours. Celle-ci est caractérisée par la présence de petits cristaux qui existent dans le bassinet, sous le couvre-feu et sous la pierre. (Ces cristaux sont d'autant plus alongés que l'on s'éloigne davantage de l'époque à laquelle l'arme a été tirée.) Il existe sur la partie du canon correspondante à la batterie, et particulièrement au bassinet, des taches nombreuses d'oxide rouge de fer. La teinture de noix de galle et l'hydrocyanate de potasse ferruré indiquent la présence d'un sel de fer.

Quatrième période.

Celle-ci va jusqu'à cinquante jours. Cette période diffère de la troisième par une plus faible quantité d'un sel de fer, et par la plus grande quantité d'oxide rouge existant sur le canon (1).

Conclusion.

On peut conclure des expériences qui précèdent, 1° qu'une arme à feu à pierre et à bassinet de fer, dont la crasse aurait les propriétés physiques et chimiques qui caractérisent la première période, aurait été tirée ou déchargée depuis deux heures au plus;

2°. Que la même arme sur laquelle on reconnaîtrait les caractères qui appartiennent à la deuxième période, aurait été tirée depuis deux heures au moins, et vingt-quatre heures au plus.

3°. Qu'elle aurait été tirée depuis vingt-quatre heures au moins, et dix jours au plus, si la crasse avait les propriétés qui caractérisent la troisième période.

4°. Enfin, que cette arme aurait été tirée depuis dix jours au moins, et cinquante jours au plus, si la crasse de la batterie et la partie du canon correspondante à la batterie avaient les propriétés physiques et chimiques appartenant à la quatrième période (2).

Il résulte encore de ce travail, qu'il est possible d'assigner à quelques heures, et ensuite à quelques jours près, à quelle époque il a été fait usage d'une arme à feu; 2° que le témoin qui affirmait que la crasse eût été jaune, si l'arme avait été déchargée depuis dix jours, se trompait, puisque, dans une période de cinquante jours, je n'ai point remarqué cette couleur une seule fois; et cela devait être, ainsi que je le démontrerai bientôt.

Théorie de la formation et de la disparition du sulfate de fer.

Pour expliquer convenablement ces phénomènes, il faut se rappeler la composition de la poudre à canon, et les résultats de sa combustion. Ici, je n'ai point à m'occuper des produits gazeux qui se dissipent ou qui sont entraînés immédiatement, l'expérimentation roulant seulement sur les produits fixes.

Ces derniers sont, 1° du charbon; 2° du sulfure

(1) Cette division en quatre périodes n'est point absolue, ainsi que l'on peut s'en convaincre en jetant un coup d'œil sur le tableau synoptique.

(2) Il n'est pas inutile de faire observer qu'il importe beaucoup de tenir compte de l'état général de l'arme; autrement on pourrait être induit en erreur.

de potasse ; 3° du sulfate de potasse ; et 4° de la potasse. Aussitôt après le tir de l'arme, le résidu paraît homogène et très-sec ; ce qui se conçoit aisément. Mais bientôt le sulfure et la potasse attirent l'humidité de l'air qui est décomposé ; l'hydrogène se combine au soufre et l'oxigène au fer, d'où il résulte de l'acide hydrosulfurique qui s'unit à la potasse, et de l'oxide de fer qui décompose lentement le sulfate de potasse, et qui donne naissance à du sulfate de fer.

Ce fait constitue une anomalie qui nécessite quelques éclaircissemens ; je vais les emprunter à un célèbre physicien.

Suivant un travail récent de M. Becquerel, « lorsque l'on répand une dissolution de sulfate de potasse » sur une lame de fer, celle-ci, en s'oxidant, prend » l'électricité négative, et l'oxide l'électricité contraire. L'une et l'autre deviennent les pôles d'une » pile qui réagit immédiatement sur le sulfate pour » le décomposer. Le métal attire la base, et l'oxide » attire l'acide, avec lequel il se combine. Il en résulte de l'ammoniaque, de la potasse, et un double » sulfate de fer et de potasse qui se décomposent » successivement. »

Ne dirait-on pas que cette expérience a été faite pour l'explication des faits que j'observe depuis six mois ? Pourtant il n'en est rien ; car je n'ai pas annoncé à M. Becquerel que je m'occupais de ce travail, et ce n'est que par le Journal des sciences physiques et chimiques (n° de juin), que j'ai eu connaissance des expériences de ce savant physicien.

J'avoue que si le travail de l'illustre académicien n'était pas venu à mon secours, j'eusse été fort embarrassé pour expliquer la formation du sulfate de fer et sa disparition, et que probablement je me serais contenté d'exposer le fait purement et simplement, sans chercher à en rendre compte.

Mais ce n'est pas tout. Le sulfate de fer existe dans la batterie ; il me faut maintenant expliquer sa disparition, et c'est ici que commencent mes embarras.

Faut-il admettre l'influence de la masse, et dire qu'après un certain laps de temps, l'électricité négative devient prépondérante dans la potasse et qu'elle attire l'acide, et conséquemment décompose le sulfate de fer ; ce qui est conforme aux lois chimiques connues jusqu'à ce jour ?

Ou bien que l'affinité de l'acide diminue pour l'oxide de fer, par suite d'un degré d'oxidation plus élevé ?

Ou bien encore faut-il admettre que la sphère d'attraction est fixée alternativement sur l'oxide de fer et sur l'oxide de potassium ? Sans décider à laquelle de ces trois hypothèses on doit s'arrêter, je propose l'adoption de la troisième qui me paraît la la plus satisfaisante, et qui est aussi celle qu'admet M. Becquerel : c'est du moins ce qui semble résulter de la dernière phrase du fragment que j'ai rapporté plus haut.

Mais, quelle que soit celle des trois explications que l'on adopte, il n'en restera pas moins constant qu'après un certain laps de temps, il se forme du sulfate de fer qui disparaît ensuite en totalité ou en très-grande partie.

Je n'ai plus qu'un mot à dire sur une remarque que j'ai faite, et qui est assez curieuse : c'est l'absence, à toutes les époques, même après cinquante jours, de l'oxide de fer adhérent dans le bassinet et sous le couvre-feu, tandis qu'il en existait considérablement sur le canon. Ce fait confirme une propriété qui nous a été révélée par M. Payen ; savoir, que les alcalis préservent le fer de l'oxidation ; et il prouve aussi que la potasse est le résidu le plus considérable de la combustion de la poudre.

Evreux, juillet 1833. BOUTIGNY.

MÉMOIRE

Sur deux produits naturels de la végétation, considérés comme des gommes ; lu à l'Académie royale des sciences le 30 juillet, par M. GUÉRIN-VARY.

EXTRAIT.

Nous avons déjà fait connaître un précédent travail de l'auteur (1) sur les gommes qui exsudent des arbres, qu'il a cru pouvoir ramener à trois espèces distinctes : l'arabine, la cérusine et la bassorine. Pour rendre son travail plus complet, il s'est attaché dans ce mémoire à étudier plusieurs autres substances également désignées sous le nom de gommes. En conséquence, dans la première partie de son travail, il s'est livré à l'examen de la partie soluble de l'amidon que M. Raspail a désigné sous le nom de gomme. La deuxième a pour but la partie soluble du lichen d'Islande, regardée par plusieurs chimistes comme une gomme, et par Berzélius comme une espèce d'amidon.

L'auteur commence par donner un exposé des principaux travaux qui ont été entrepris sur l'amidon, afin que l'Académie puisse apprécier ce qui appartient à chacun. Il fait observer que, dans une lettre qu'il lui a adressée le 1er avril 1833, il avait annoncé sur l'amidon des résultats consignés dans le mémoire qu'il a lu dans cette séance ; et qu'en outre, ses recherches sur les corps contenus dans la partie soluble de cette substance sont antérieures à celles de MM. Payen et Persoz.

M. Guérin donne les noms de :

Amidine, à la partie soluble à froid de l'amidon ;

Amidin tégumentaire, à la partie insoluble dans l'eau froide ou bouillante ;

Amidin soluble, à la partie qui est tenue en dissolution par l'amidine, partie qui est identique avec l'amidin tégumentaire.

Composition immédiate de l'amidon.

Amidin tégumentaire.	2,96
Partie soluble dans l'eau.	97,04
	100

Composition élémentaire.

	Poids.	Atomes.	Calculé.
Oxigène.	50,10	5	49,97
Carbone.	43,64	6	43,91
Hydrogène.	6,26	10	6,12

Quoique cette composition élémentaire soit la même que celle de l'arabine, M. Guérin fait observer que, dès que l'eau sépare de l'amidon deux substances qui le constituent, il n'y a aucune conséquence à tirer de cette composition relativement à l'isomérie de celui-ci et de l'arabine ; cependant ce résultat est important si l'on considère l'analogie qui existe entre ces deux substances.

L'alcool bouillant enlève à l'amidon de la chlorophyle, et une matière d'apparence cireuse. 100 par-

(1) *Journal de Chimie médicale*, t. VII, p. 732.

ties d'amidon traitées par 300 d'acide nitrique, d'une densité de 1,34 à 10° ont donné 21 ; 10 parties d'acide oxalique anhydre ou 36,81, contenant 3 atomes d'eau. M. Robiquet, d'après un mode de préparation qui lui est propre, a obtenu une quantité de ce dernier acide supérieure à la moitié du poids de la fécule employée. 100 autres parties d'amidon, traitées par 250 parties d'acide sulfurique à 66°, ont fourni 91,52 de sucre anhydre, ou 115,70 de sucre hydraté : d'où il résulte qu'il ne se produit pas autant de sucre anhydre qu'on avait employé d'amidon ; tandis qu'on admet généralement que 100 parties de fécule de pommes de terre donnent 110 de sucre, nombre qui se trouve aussi élevé, parce qu'on n'a pas tenu compte de l'eau que cette matière retient, et de la petite quantité d'acide végéto-sulfurique qui se forme pendant la réaction de l'acide sulfurique sur la fécule. Par une série d'autres expériences, M. Guérin est arrivé aux résultats suivans : l'amidon exposé pendant 14 mois dans l'eau privée d'air, n'a pas subi la moindre altération, tandis qu'au contact de l'air il se détériore, et la liqueur devient acide.

L'eau de lavage de l'amidon évaporée, à l'aide de la chaleur, au contact de l'air, ou dans le vide sec, sous le récipient de la machine pneumatique, a laissé un résidu renfermant de l'amidine et de l'amidon tégumentaire. A la suite de chaque expérience, l'auteur cite ceux qui se sont occupés du même sujet que lui, et l'accord ou la différence des résultats qu'ils ont obtenus.

AMIDINE.

Composition élémentaire.

	Poids.	Atomes.	Calculé.
Oxigène. . . .	53,15	5	52,59
Carbone. . . .	39,75	5	40,19
Hydrogène. . .	7,10	11	7,22
	100,00		100,00

L'amidine parfaitement desséchée est jaunâtre elle est blanche à l'état d'hydrate ; est inodore, insipide, en plaque mince ; elle est transparente ; elle se réduit facilement en poudre. M. Biot ayant examiné l'action d'une solution aqueuse d'amidine sur les rayons lumineux polarisés, a trouvé que cette substance produit vers la droite une déviation à peu près trois fois aussi grande que celle du sucre de canne, déviation qui est sensiblement la même que celle de la dextrine ; soumise à l'action du calorique, elle se fond, se boursouffle sans se volatiliser. Quoique l'eau froide la dissolve complètement, elle est cependant plus soluble dans l'eau bouillante ; elle est insoluble dans l'alcool et l'éther. Les acides nitrique et hydrochlorique donnent à froid avec l'amidine des solutions qui bleuissent fortement par l'iode. L'acide sulfurique la dissout très-bien ; l'iode colore cette dissolution en beau bleu ; ce réactif décèle la présence de l'amidon dans de l'eau qui n'en contient que des traces. Par l'acide nitrique, elle donne d'abord de l'acide oxalhydrique, puis de l'acide oxalique. 100 parties d'amidine et 250 d'acide sulfurique ont donné 95,80 de sucre anhydre. L'amidine diffère beaucoup de la dextrine de MM. Biot et Persoz ; car, d'après leur mémoire, ils assignent à celle-ci comme caractère chimique essentiel la propriété de fermenter lorsqu'on la met en contact avec la levure de bière, ce que ne fait pas l'amidine. M. Guérin conclut de ses expériences :

1° Que la dextrine ne doit sa propriété de fermenter qu'au sucre qu'elle contient ;

2° Que cette matière n'est pas la même lorsqu'on la prépare par les acides, la potasse ou simplement par l'eau ; ce qui est contraire à ce qu'ont avancé MM. Biot et Persoz ;

3° Que la dextrine est une substance impure ; il appuie cette dernière assertion sur le témoignage même de MM. Payen et Persoz.

Préparation de l'amidine.

On tient en ébullition pendant un quart d'heure une partie de fécule de pommes de terre dans 100 d'eau. On verse la liqueur dans un vase à précipiter ; quand la plus grande partie des tégumens s'est déposée, on décante la liqueur, on la filtre, et on fait évaporer la liqueur à l'aide d'une légère ébullition jusqu'à consistance sirupeuse. Le résidu est jeté sur une toile que l'on tord. Celle-ci retient l'amidin ; la liqueur qui passe, évaporée à une température au-dessous de 100, dépose de l'amidin, on filtre de nouveau, et l'on évapore. On répète 4 fois le dernier traitement, après quoi l'on obtient un résidu qui se dissout complètement dans l'eau froide. Cette nouvelle solution est précipitée par l'alcool ; le précipité est mis sur un filtre, et lavé par l'alcool à 86°, dissous ensuite dans le moins d'eau possible ; on l'évapore au bain-marie. L'amidine, ainsi obtenue, est identique à celle qu'on prépare, en faisant évaporer la partie soluble de l'amidon dans le vide sec.

AMIDIN TÉGUMENTAIRE.

Composition élémentaire.

	Pieds.	Atomes.	Calculé.
Oxigène.	40,67	4	40,10
Carbone.	52,74	7	53,64
Hydrogène.	6,59	10	6,26
	100,00		100,00

Cette composition ne diffère de celle du ligneux indiquée par MM. Gay-Lussac et Thénard, que par un atome d'hydrogène.

L'amidin tégumentaire desséché à une température qui n'excède pas 100°, est légèrement coloré en jaune ; il est inodore, insipide, sans action sur les papiers réactifs ; il produit une belle couleur bleue dans une solution aqueuse d'iode, qui disparaît en chauffant la liqueur à 90°, et reparaît par le refroidissement. Ce phénomène est semblable à celui que M. Lasseigne a observé le premier avec la solution aqueuse d'amidine ; il est insoluble dans l'eau froide ou bouillante, dans l'alcool et dans l'éther : mis en contact avec l'eau, il se gonfle beaucoup, devient blanc, et jouit d'une certaine élasticité ; au bout de dix mois, il n'y a nulle altération. 100 parties traitées à une légère chaleur par 800 parties d'acide nitrique, ont donné 25,46 d'acide oxalique anhydre. 100 autres parties et 250 d'acide sulfurique à 66°, produisent 88,92 de sucre anhydre, ou 113,57 de sucre hydraté. La même quantité de ligneux traitée de la même manière, par les mêmes proportions des deux acides précités, a fourni 24,78 d'acide oxalique anhydre, et 87,58 de sucre anhydre ou 111,29 de sucre hydraté. En rapprochant ce résultat des analyses élémentaires du ligneux et de l'amidin tégumentaire, il est difficile de ne pas admettre

l'isomérie de ces deux substances. Cependant il se présente ici deux questions :

1° L'amidin est-il isomère du ligneux ?

2° L'amidin est-il du ligneux combiné avec un peu d'amidine, à laquelle il doit la propriété de bleuir par l'iode?

Dans ce dernier cas, l'amidine serait fixée sur le ligneux comme le sont les matières solubles dans l'eau sur les étoffes de ligneux. L'auteur s'est assuré que l'amidine n'est pas fixée solidement sur le ligneux par l'alun.

MM. Payen et Persoz, ayant écrit à l'Académie qu'ils étaient parvenus, à l'aide de la diastase, à priver les tégumens de l'amidon de la propriété de bleuir par l'iode, sans cependant indiquer leur mode d'expérimentation, M. Guérin a non-seulement constaté le résultat annoncé par ces chimistes, sur l'amidon, mais encore sur l'amidin tégumentaire et l'amidin soluble. Il suit de-là et de ses autres propriétés, qu'on serait porté à regarder l'amidin tégumentaire comme du ligneux uni à de l'amidine. Mais comme il se dissout dans une solution concentrée et bouillante de potasse à l'alcool, et qu'on peut, en neutralisant la liqueur par l'acide acétique, obtenir un précipité floconneux, jouissant des propriétés de l'amidin tégumentaire, tandis que le ligneux, toutes choses égales d'ailleurs, est à peine soluble dans la potasse, l'auteur regarde ce dernier comme isomère du premier. Il s'est assuré aussi que l'amidin soluble se comporte avec la potasse comme le tégumentaire.

Amidin soluble.

Cet amidin est identique avec le tégumentaire, il donne, 1° avec l'acide nitrique la même quantité d'acide oxalique; 2° avec l'acide sulfurique, la même quantité de sucre. Il restait à savoir si cet amidin soluble était tout formé dans l'eau de lavage de l'amidon, et s'il était tenu en dissolution au moyen de l'amidine, ou bien si la substance dissoute par cette eau s'y transformait par l'opération, dans le vide sec ou à l'air, au moyen de la chaleur, en une partie soluble qui est l'amidine et une partie insoluble identique avec l'amidin tégumentaire. Pour résoudre ce problème, M. Guérin a fait les analyses immédiate et élémentaire du résidu de l'évaporation de l'eau de lavage de l'amidon. Il a calculé les quantités de sucre fournies par la partie soluble et la partie insoluble de ce résidu, regardées, la première comme de l'amidine, la seconde comme de l'amidin tégumentaire. En outre, connaissant la composition immédiate de l'amidon et la quantité de sucre qu'il produit, il a calculé combien 100 parties de matière soluble contenues dans l'eau de lavage de celui-ci, produisait de sucre : il a trouvé que la quantité de sucre donné par 100 parties du résidu de l'évaporation de l'eau de lavage de l'amidon, était sensiblement la même que celle qu'on obtient avec 100 parties de matière soluble contenues dans l'eau de lavage de l'amidin.

M. Guérin ne s'est pas contenté de l'accord de ces résultats; mais, partant de la composition immédiate du résidu de l'évaporation de l'eau de lavage de l'amidon, et calculant combien chaque partie doit contenir d'oxigène, de carbone et d'hydrogène, puis faisant la somme de ces élémens, il a obtenu 99,97, au lieu de 100 qu'il aurait dû trouver. Il conclut, d'après tout ce qui précède, que l'eau de lavage de l'amidon renferme de l'amidin tégumentaire, tenu en dissolution à la faveur de l'amidine.

Lichnine.

C'est ainsi que l'auteur nomme la partie organique soluble du Lichen d'Islande.

Composition élémentaire.

	Poids.	Atômes.	Calculé.
Oxigène.	53,43	5	52 59
Carbone	39,33	5	40 19
Hydrogène	7,24	11	7,22
	100,00		100,00

Cette composition est la même que celle de l'amidine.

La lichnine desséchée est jaunâtre; à l'état hydraté, elle est incolore; elle est inodore, insipide, transparente, quand elle est en plaques minces, et difficilement pulvérisable; elle se gonfle lentement dans l'eau, et augmente considérablement de volume; elle se dissout à peine dans ce liquide à la température ordinaire; à 100° elle y est complétement soluble, et forme avec lui un mucilage très-épais et même une gelée, si la solution est très-concentrée et refroidie; elle se colore en bleu par l'iode, mais incomparablement moins que ne le fait une même quantité d'amidiné. Lorsqu'on évapore à une température au-dessous de 100° une solution aqueuse de cette substance, on voit à sa surface des pellicules qui se dissolvent entièrement dans l'eau bouillante. Cette expérience prouve qu'il ne se dépose pas d'amidin.

100 parties de lichnine traitées par 250 d'acide sulfurique à 66°, ont donné 93,91 de sucre anhydre.

Dans l'intention de connaître si cette substance contenait de l'arabine, M. Guérin la traita à plusieurs reprises par des quantités différentes d'acide nitrique, à des températures très-variées. Il n'obtint pas la moindre trace d'acide mucique; mais il est arrivé à un résultat qui lui paraît de quelque importance pour la préparation de l'acide oxalhydrique et de l'acide oxalique.

100 parties de lichnine, mises en digestion avec 600 d'acide nitrique d'une densité de 1,34, ont donné, au bout de 28 jours, de l'acide oxalhydrique. La température avait varié pendant ce temps-là de 20 à 25. La liqueur ayant été chauffée à 40, on a eu beaucoup plus d'acide oxalhydrique que par le procédé qu'il a indiqué dans son mémoire sur cet acide. Si l'on porte cette température à 60°, il arrive un instant où, par le refroidissement, elle laisse déposer des cristaux d'acide oxalique. La quantité totale de cet acide anhydre s'est élevée à 48,17 pour 100 de lichnine. L'auteur fait observer qu'aucun procédé connu ne fournit une aussi grande quantité d'acide oxalique; il ajoute qu'en appliquant ce mode de préparation à cet acide, en se servant de sucre de ligneux, etc., on pourra le livrer au commerce à un prix bien moins élevé que celui où il est.

Pour obtenir la lichnine, on suit le procédé de Berzélius pour préparer la gelée de lichen d'Islande, seulement on traite à deux reprises différentes le résidu exprimé dans la toile, par trois fois autant d'eau que de lichen employé. La gelée ainsi obtenue est dissoute dans l'eau bouillante, filtrée et précipitée par l'alcool. Ce précipité est redissous par l'eau à 100°, et la dissolution évaporée à siccité.

Lorsqu'on écrase le résidu insoluble provenant de l'extraction de la gelée de lichen, et qu'on le

fait bouillir avec de l'eau, on le prive complètement de la partie soluble bleuissant par l'iode.

J. F.

Note sur la préparation de la *dextrine*, par M. Payen.

Depuis le rapport fait à l'institut par MM. Dumas et Robiquet, sur le premier mémoire que M. Persoz et moi nous avions présenté, un grand nombre d'essais ont justifié les prévisions des savans rapporteurs. Dans l'espoir d'engager nos confrères à s'occuper d'étendre le cercle de ces applications aux préparations pharmaceutiques, aux arts industriels, nous avons pensé qu'il pouvait être utile de faire connaître nos procédés dont nos expériences ont constaté jusqu'ici les résultats.

D'abord, il faut se procurer de l'orge germée, et séchée à l'air libre ou dans une étuve à basse température, puis, moulue, telle, en un mot, que les brasseurs l'emploient dans la fabrication bien dirigée de la bière blanche; on peut aussi se servir d'orge fraîche, telle qu'elle sort du germoir, en augmentant la dose de 45 centièmes, et la broyant au pilon.

Lorsque dans la germination la plumule a, le plus régulièrement possible, atteint une longueur égale à celle du grain, cinq parties d'orge sèche suffisent pour obtenir la dextrine de 100 parties de fécule; il en faudrait davantage si ces conditions étaient incomplètement remplies. Dans ce dernier cas même, il est rare que 10 parties ne soient pas suffisantes (1).

On verse dans une chaudière chauffant au bain-marie, 2,000 kilogrammes d'eau; dès que la température est portée de 25 à 30° centésimaux, on y délaie le malt d'orge et l'on continue de chauffer jusqu'à la température de 60°. On ajoute alors 500 kilog. de fécule, que l'on délaie bien en agitant avec un rable en bois.

De légères secousses imprimées de temps à autre suffisent pour tenir en suspension 500 à 750 kilog. de fécule dans une masse de 2.000 à 3,000 kil. d'eau. L'opération en petit se fait très-bien dans un bain-marie d'alambic; les proportions restant les mêmes, on peut alors employer 20 kilog. d'eau, 250 à 500 grammes d'orge, et 5 kil. de fécule.

On peut obtenir des produits plus beaux en décolorant d'abord la solution d'orge germée. A cet effet, et pour dissoudre tout l'amidon, en conservant son énergie à la diastase qui s'y trouve contenue, on délaie ce malt en poudre dans 6 à 7 fois son poids d'eau froide; on chauffe, en agitant, au bain-marie, jusqu'à 65°; on maintient entre cette température et celle de 75° pendant environ vingt-cinq minutes; on projette alors de bon charbon animal 10 p. 100 du poids de l'orge; puis on filtre et on lave.

La solution filtrée et les eaux de lavage réunies sont remises dans le bain-marie: le liquide étant à 60° centésimaux, on ajoute la fécule, et l'on achève l'opération comme il est indiqué ci-après.

Lorsque la température du mélange approche de 70°, on tâche de la maintenir à peu près constante, et de façon du moins à ne pas la laisser s'abaisser au-dessous de 65°, et à ne pas dépasser 75°. Ces conditions sont surtout très-faciles à remplir, si le bain-marie est chauffé par un tube plongeant jusqu'au fond, et y amenant de la vapeur qu'on intercepte à volonté, ou dont on modère le courant par un robinet.

Au bout de 20 à 35 minutes, le liquide, d'abord laiteux, puis un peu plus épais (1), s'est de plus en plus éclairci: de visqueux et filant qu'il semblait, en l'examinant s'écouler de l'agitateur élevé au-dessus de la superficie, il paraît fluide presque comme de l'eau; on porte alors vivement la température entre 95 et 100°.

On laisse en repos, on soutire à clair, on filtre, puis on fait évaporer très-rapidement, soit à feu nu, soit et mieux encore à la vapeur, ou dans un bain-marie à pression, chauffant jusqu'à 110° environ sous la pression relative.

Pendant l'évaporation on enlève les écumes qui rassemblent la plupart des tégumens échappés à la première défécation.

Lorsque le rapprochement en est au point où le liquide sirupeux forme, en tombant de l'écumoire, une large nappe, on peut le verser dans des récipiens en cuivre, ferblanc ou en bois, il se prend en masse par le refroidissement, et forme une gelée opaque.

Entretenu tiède, mêlée à de la levure, puis à de la pâte ordinaire et bien pétrie, il sert immédiatement à la préparation du pain. Si on l'étend en couches minces à l'air, dans un séchoir ou une étuve à courant, on obtient la dextrine sèche, facile à conserver en cet état, qu'on peut réduire en farine, faire entrer dans la composition de toutes les pâtisseries, du chocolat, du pain, des boissons pectorales, stomachiques, etc. M. Serres, membre de l'Institut, l'a déjà fait employer avec un grand succès dans le service de la Pitié; contre les affections entériques; elle ne présente pas, comme la gomme ordinaire, l'inconvénient de dégoûter les malades par une saveur fade.

Si l'on veut obtenir le sirop de dextrine propre à la fabrication des diverses boissons alcooliques, on emploie au moins 10 centièmes de malt bien préparé, et au plus 20 centièmes, si l'orge est incomplètement germée. D'ailleurs on suit le même procédé jusqu'au moment où la solution de la fécule est opérée; mais alors, au lieu de porter aussitôt la température jusqu'à environ 100°, on l'entretient entre 65 et 75 degrés pendant 30 à 60 minutes, et jusqu'à ce que l'iode n'accuse plus la présence de l'amidon par une coloration bleue sur quelques gouttes du liquide; alors on reprend l'opération, et on la termine comme nous venons de le dire.

Le sirop de dextrine ainsi obtenu peut, outre les applications ci-dessus indiquées, servir au gommage des couleurs, à l'apprêt des toiles à tableaux; susceptible de plus d'adhérence, de plus de fluidité, et plus diaphane que la dextrine peu sucrée, il s'emploie seul ou mélangé avec elle dans l'épaississage des mordans, l'encollage des chaînes des tissus, la confection des feutres, l'application des peintures sur papier, et supplée avec avantage les gommes indigènes et exotiques dans un grand nombre de circonstances.

P.

(1) Relativement à la fabrication de la bière, il vaut mieux employer un excès de malt et porter la dose à 15 centièmes, afin d'être plus assuré de dégager les tégumens, et de modifier toute la matière amylacée qui pourrait ultérieurement troubler cette boisson en se précipitant.

(1) Lorsque l'élévation de la température jusqu'à 65° à 75° est rapide, le mélange devient fort épais, mais s'éclaircit ensuite, quoique plus lentement.

BIBLIOGRAPHIE.

OCTOBRE, 1833.

Nouveau système de chimie organique fondé sur des méthodes nouvelles d'observation ; par F. V. Raspail. Paris, 1833, in-8°.

Tel est le titre de l'ouvrage que vient de publier M. Raspail : la majeure partie des faits qu'il renferme était connue par les mémoires qu'a donnés cet auteur depuis huit ans; mais, disséminés qu'ils étaient dans une foule de recueils périodiques, ils ne laissaient pas assez apercevoir la corrélation intime qui les unit, et qui constitue un système vraiment neuf de chimie organique : il était bon d'ailleurs de populariser les résultats de l'analyse microscopique, et ce n'est pas un des moindres mérites de M. Raspail, à nos yeux, que d'avoir appris à faire à bon marché des observations rigoureuses.

Aussi les notions préliminaires qui occupent les cent premières pages du livre que nous examinons sont-elles du plus haut intérêt; l'auteur y a rassemblé tout ce que son expérience dans l'art d'observer lui a appris de moyens exacts et ingénieux; je mentionnerai spécialement son appareil contre l'évaporation des liquides ; il consiste dans un petit tube fermé par un bout, dont on recouvre l'objectif, de manière à l'emboiter; ce tube plongeant dans le liquide lui-même, on n'a point à redouter le ternissement de l'appareil par la condensation de la vapeur sur la lentille, et sa corrosion, si cette vapeur est de nature à attaquer le métal : bien plus, ce moyen si simple permet de suivre les modifications que présente, au milieu des liquides bouillans, les corps que l'on étudie ; il est vrai que le mouvement des molécules fluides pourrait les dérober à l'observateur, en les entraînant plus ou moins loin du foyer, mais dans ce cas, on a soin de les emprisonner à l'aide de quelques fibrilles de coton ; sous ce rapport, je préfère le moyen que je mets habituellement en usage : je dépose la matière et le liquide à examiner sur un verre plein, et je me contente de couvrir le tout d'une lame mince de mica ; je chauffe en approchant par dessous un charbon ardent, et j'ai l'avantage de pouvoir employer les acides les plus concentrés, sans craindre les effets du déplacement des molécules liquides, et sans éprouver de perte de lumière.

Les procédés micrométriques et goniométriques de M. Raspail sont à la fois simples et exacts.

L'auteur trace ensuite les règles d'observation dans le détail desquelles nous ne le suivrons pas.

Nous arriverons donc de suite à l'exposé de son système.

Avant de développer sa théorie, M. Raspail examine si les formules atomistiques peuvent ou non être appliquées aux corps organiques, et il se prononce pour la négative, se fondant sur l'impuissance où l'on se trouve de reproduire la force vitale, ou sur l'ignorance où nous sommes de sa nature réelle.

A cet égard, je crois l'opinion de M. Raspail trop exclusive; les formules s'appliquent très bien à la composition de certains corps organiques, et dans le nombre je citerais le benzoyle : ce radical si curieux qui, avec un atôme d'oxygène, forme l'acide benzoïque anhydre ; avec un atôme d'oxygène et un atôme d'eau, le même acide cristallisé; avec deux atômes d'hydrogène, l'huile d'amandes amères, etc.

Je pense, au contraire, que l'application de ces formules a déjà fourni quelques résultats précieux pour la science et qu'elle en promet de plus féconds encore. D'ailleurs, sans connaître la nature de la force vitale, on a pu reproduire, ou du moins transformer les uns en les autres, divers composés organiques, tels que l'urée, le sucre, etc.

A la vérité ce ne sont pas là les molécules organiques de M. Raspail. Suivant cet auteur, le type de l'être organisé peut se réduire dans sa plus simple expression, à une vésicule imperforée, douée de la propriété d'élaborer, au profit de son développement indéfini les substances gazeuses et liquides qu'elle attire dans son sein par aspiration, et de rejetter par expiration ceux des élémens décomposés qui ne peuvent servir à l'assimilation.

En adoptant cette définition, il reste à distinguer les corps organisés des corps organiques; distinction déjà établie depuis long-temps, et qu'étend encore M. Raspail, car il admet comme élémens organiques des tissus : 1° Des substances organisées, c'est-à-dire, les molécules organiques cristallisées en vésicules. 2° Des substances organisatrices, qui sont le produit de l'élaboration que la vésicule organique fait subir aux élémens gazeux oxygène, hydrogène et carbone. 3° Les substances organisantes, ou élémens destinés à former la vésicule organique. 4° Substances organiques, produits naturels ou artificiels de la désorganisation des tissus ou d'une déviation de la combinaison organisatrice, qui n'ont pu être rangés dans aucune des trois autres classes.

C'est surtout aux produits renfermés dans cette section que l'on peut appliquer les formules atomistiques, car un grand nombre d'entre eux sont susceptibles d'affecter une forme géométrique.

La fécule amylacée et le tissu adipeux sont les types de la première classe ; la gomme, le sucre, l'albumine, appartiennent à la 2.e ; à la 3.e, les graisses, les huiles essentielles, la bile, etc. ; à la 4.e enfin, les acides, les alcalis végétaux, l'urée, la gélatine, la cyanure, etc.

C'est par gradations que s'opèrent les diverses transformations organiques; la vésicule est devenue un centre de vitalité où vont s'organiser successivement de nouvelles quantités de gaz, en vertu de la double fonction dont sont douées ses parois d'aspiration et d'expiration, appelées par les physiologistes, imbibition et exsudation, et plus récemment par M. Dutrochet, *endosmose* et *exosmose*.

Les travaux récens de M. Becquerel, qui a démontré dans les tubes capillaires la production de

l'électricité et des phénomènes chimiques qui en sont le résultat, viennent ajouter un nouveau degré de probabilité à l'opinion de M. Raspail, sur le rôle que joue la vésicule organique.

Après cet exposé, M. Raspail entre dans l'examen détaillé de toutes les substances simples ou composées que fournit le règne organique. Il examine la fécule avec un soin tout particulier; il montre qu'elle se compose d'une vésicule transparente, remplie d'un liquide gommeux. Il donne les dimensions des diverses espèces de fécules. J'aurais désiré qu'il indiquât le moyen dont il s'est servi pour avoir des fécules exemptes de tout mélange. On y parvient aisément en laissant macérer assez longtemps les graines qui les renferment; on ne court pas alors de risque de briser les vésicules en les broyant.

En étudiant la fécule, M. Raspail ne paraît pas avoir aperçu ce composé singulier que vient de faire connaître M. Braconnot, ce qu'il obtient en coagulant par l'eau la solution nitrique d'amidon; la matière blanche qui se dépose est soluble dans l'acide acétique, et le solutum, étendu en couche sur du papier, conserve sa transparence dans l'eau, dans laquelle il refuse de se dissoudre.

Au chapitre des applications de la fécule, M. Raspail conseille de substituer la fécule de pomme de terre à l'arrow-root et au sagou; il serait plus à propos de fournir un moyen facile à mettre en pratique de reconnaître la falsification de ces produits, car la fécule de pomme de terre a très ordinairement un goût de verdure insupportable, ce goût peut même servir à la reconnaître, quand on s'y est un peu exercé.

Il faut lire dans l'auteur même les détails du développement de la feuille, du tronc, etc., nous ne pourrions qu'en donner ici une idée incomplète. Je me contenterai de rappeler que M. Braconnot a obtenu avec le ligneux et l'acide nitrique le même produit qu'avec l'amidon, ce qui vient corroborer l'opinion de M. Raspail sur l'origine de ce corps.

M. Raspail explique la différence des effets des tissus de toile et de ceux de coton sur les plaies, de la manière suivante; les fibrilles des uns et des autres sont des tubes creux; mais ceux de coton sont pleins d'une substance organisatrice, ceux de toile en ont été vidés par le rouissage et le lavage; la charpie de lin ou de chanvre doit donc être plus propre à absorber les humeurs, en vertu de la capillarité; tandis que celle de coton ne peut que s'imbiber du liquide qui passe entre ses fibrilles. J'ai cherché à vérifier cette opinion en plongeant dans de l'eau colorée des fibrilles de ces divers tissus, aussi isolées que possible; je dois dire que l'expérience n'a pas eu le succès que j'en attendais; je me propose de la varier, en changeant la nature des liquides, afin d'éclaircir complètement cette question, qui est si intéressante pour la médecine.

Le gluten, suivant M. Raspail, n'est qu'un tissu cellulaire susceptible de devenir ligneux dans certains végétaux; et l'azote qu'il donne à l'analyse, il l'emprunte, à l'air atmosphérique pendant la malaxation, ainsi qu'on le prouve en le préparant et le laissant se putréfier à l'abri du contact de l'air et en comparant les produits qu'il fournit alors, et qui sont acides, à ceux qu'il donne dans les circontances opposées, et qui sont ammoniacaux.

Remarquons en passant, que M. Raspail pense que, dans beaucoup de cas, l'azote obtenu dans les analyses provient de la décomposition de sels ammoniacaux existant dans les substances que l'on examine, comme aussi la décomposition de carbonate calcaire ou autres peut fournir une certaine proportion d'acide carbonique.

C'est ainsi que l'auteur s'explique les différences souvent énormes que présentent quelques analyses organiques.

En faisant l'histoire du pollen, il rappelle qu'il a prouvé que les prétendus animalcules polléniques que l'on a comparés aux animalcules spermatiques ne sont que des bulles très petites d'huile essentielle, ou du gluten précipité de son dissolvant par son mélange avec l'eau.

Dans l'examen de l'albumen de l'œuf, M. Raspail a reconnu deux parties bien distinctes, l'une soluble dans l'eau, l'autre insoluble et perdant sa transparence dans ce liquide; on les distingue à peine, à moins qu'elles ne soient desséchées, car dans ce cas on remarque des bossules, des globules et des plis anastomosés à la manière des vaisseaux; à l'état liquide, la structure est parfaitement homogène et la lumière qui le traverse ou qui se réfléchit à sa surface n'éprouve aucune altération dans son intensité qui permette de supposer que ces deux substances sont associées sans ordre; la partie insoluble est un tissu qui renferme dans ses aréoles la portion soluble; c'est, comme aurait pu le faire remarquer M. Raspail, ce qui a lieu dans l'œil pour le corps vitré, formé d'une membrane (hyaloïde) retenant dans ses mailles une humeur de même puissance réfringente qu'elle, l'humeur vitrée.

Une goutte de l'albumen soluble laisse apercevoir par évaporation spontanée une grande quantité de ramifications d'hydrochlorate d'ammoniaque; ne serait-ce pas là, se demande l'auteur, la source de l'azote que fournit ce corps dans l'analyse élémentaire?

Dans le chapitre consacré au mécanisme de la contraction musculaire, M. Raspail combat avec raison la théorie de MM. Prévost et Dumas, qui veulent que la fibre se plie en zig-zag et qui attribuent ce plissement à ce que, le courant qui traverse les nerfs allant dans le même sens, ceux-ci tendent à se rapprocher, et par suite aussi à rapprocher les angles au sommet desquels ils se terminent : outre qu'il est impossible de distinguer parfaitement la nature du tissu que l'on observe, quand on poursuit ses nerfs jusqu'à leurs dernières ramifications, et que les mouvemens sinueux observés par les auteurs cités sont artificiels et tiennent à la résistance de points du muscle adhérens à la surface du porte-objet, on peut se convaincre, par l'examen de la contraction musculaire chez quelques animaux inférieurs, que le raccourcissement de la fibre s'opère par son extension en largeur, d'où résultent de petits renflemens sur toute l'étendue de la fibre.

J'ajouterai à ces objections une considération toute physique; quand on fait traverser des fils mobiles par des courans allant dans le même sens, ils s'attirent, et si la chose est possible, ils arrivent au contact, et s'y maintiennent tant que la circulation des courans a lieu : pour assimiler à ces effets les phénomènes de la contraction musculaire, il faudrait que, tant que le courant électrique fourni par une pile en activité circule dans le nerf, la contraction fût permanente, c'est ce qui n'est pas; elle ne se manifeste qu'au moment où le courant est introduit, puis elle cesse jusqu'à ce que le circuit soit ouvert de nouveau, époque à laquelle elle se reproduit pour ne durer qu'un instant; on ne peut la rendre continue qu'en multipliant les contacts; alors

l'effet du premier n'est pas encore dissipé quand le second commence à agir, et ainsi de suite.

Il nous est impossible de suivre l'auteur dans les détails qu'il nous donne sur les divers tissus, leurs usages, leurs fonctions, etc; je m'arrêterai seulement, parmi les substances organisatrices, à l'examen du lait.

Le lait est, suivant M. Raspail, un liquide aqueux tenant en solution de l'albumine et de l'huile à la faveur d'un sel alcalin ou d'un alcali pur, et, en suspension, un nombre immense de globules albumineux d'un côté et de globules oléagineux de l'autre. La différence de poids spécifique entre ces deux ordres de globules explique le départ qui s'opère entre la crême et le lait proprement dit. Leur nature rend compte de la coagulation par l'alcohol et par les acides. Mais plusieurs objections peuvent être faites à cette manière de voir. Pourquoi le lait ne se coagule-t-il pas par la chaleur? Pourquoi le caséum coagulé par l'alcohol lavé à l'eau, puis épuisé par l'éther et séché, se gonfle-t-il dans l'ammoniaque à la manière de la gomme adraganthe, pour former avec cet alcali une masse gélatineuse soluble dans l'eau, tandis que l'albumine traitée de la même manière ne présente pas les mêmes propriétés. Enfin, et cette objection, M. Raspail la présente lui-même, pourquoi le lait, celui de vache du moins, est-il acide, bien loin d'être alcalin comme l'albumine soluble? Et pour y répondre il suppose que le sel alcalin qui sert de menstrue à l'albumine est de l'acétate d'ammoniaque. Mais s'il en était ainsi, le lait récemment trait ne devrait pas être acide puisque le sel ammoniacal en question ne devient acide qu'en perdant par son exposition à l'air une partie de sa base. D'ailleurs, qui prouve que le sel préexistant dans le lait soit l'acétate d'ammoniaque? — M. Raspail l'admet parce qu'il se refuse à reconnaître l'existence de l'acide lactique; il pense que cet acide n'est que de l'acide acétique mélangé avec la portion la moins phosphatée de l'albumine.

Les chimistes ont été longtemps partagés sur la nature réelle de cet acide; admis et rejeté tour à tour, il vient enfin d'être étudié avec détails par MM. Pelouse et Jules Gay-Lussac; ils en ont décrit les propriétés, en ont séparé par distillation un acide nouveau, cristallisé, et ont formé avec lui et ses diverses bases des composés à proportions définies, etc.

L'article *sang* est traité d'une manière remarquable, et les applications médicales fécondes en résultats précieux pour la science.

Il serait impossible, dans un examen du genre de celui-ci, de rendre compte de tous les faits nouveaux et importans que renferme l'ouvrage de M. Raspail; cette note déjà trop longue ne peut en donner qu'une idée très imparfaite; nous avons répété un grand nombre des expériences citées par l'auteur, et presque toujours nous avons reconnu l'exactitude des faits qu'il avance; si nous ne partageons pas toutes ses opinions, cela peut tenir à ce que le temps nous a manqué pour vérifier tous les résultats qu'il a obtenus, et d'autre part à ce que plusieurs des applications qu'il propose auraient besoin d'être plus développées qu'elles ne le sont, pour pouvoir être discutées; telles sont les opinions émises sur la nutrition, l'élaboration de la pensée, le système de Gall, etc.

Je n'ai pas cru devoir les examiner ici, parce qu'elles s'éloignent trop du sujet même que l'auteur a traité.

En résumé, l'ouvrage de M. Raspail est tellement riche de faits nouveaux et d'applications, qu'on doit le regarder comme la production la plus remarquable qui ait paru depuis longtemps; il ouvre une nouvelle carrière qui ne peut manquer d'être suivie, et qui promet une moisson abondante à ceux qui sauront l'exploiter.

Nota. — Je m'aperçois en relisant cette note, que j'ai omis de relever une erreur consignée à la fin de l'ouvrage de M. Raspail, mais à laquelle il est lui-même étranger. En citant les travaux de M. Biot sur la polarisation, il assigne avec ce savant physicien le nom de polarisation circulaire à la propriété reconnue dans certains corps de changer la direction du plan de polarisation; cette dénomination n'est pas applicable ici, dans le sens du moins que lui assignait Fresnel : suivant lui, il y a polarisation circulaire, quand les deux rayons diffèrent l'un de l'autre d'un quart d'ondulation; dans le cas présent, la polarisation se fait dans un plan, et par conséquent ne mérite pas le nom de circulaire : celui de polarisation par rotation que lui avait d'abord assigné M. Biot lui convient beaucoup mieux. Je crois cette note utile pour empêcher la confusion dans le langage scientifique, surtout lorsqu'il s'agit de matières encore peu étudiées et peu connues.

GUERARD.

Manuel pratique des maladies de la peau, appelées syphilides, d'après les leçons cliniques de M. BIETT; par JOSEPH HUMBERT. (220 pag. in-18.) Paris, 1833;

Nous n'examinerons pas s'il est bien avantageux pour la pratique de scinder les maladies de certaines espèces, de certains appareils; d'étudier les syphilides à part de la syphilis, les dermatoses syphilitiques séparément des autres dermatoses; nous ferons seulement observer qu'il doit en résulter des répétitions, des généralités, qui s'adaptent à d'autres sujets, etc. Néanmoins, nous ne pouvons blâmer un praticien qui s'est spécialement occupé d'une forme morbide, de transmettre au public le résultat de ses observations, d'autant mieux que ce sont les monographies qui, sur un sujet quelconque, donnent en général les idées les plus précises.

La préface est destinée à faire ressortir d'abord l'importance du diagnostic en fait de pathologie cutanée. L'auteur prévient ensuite qu'il ne se bornera pas à traiter des éruptions syphilitiques, comme l'ont fait quelques écrivains modernes, mais qu'il étudiera toutes les altérations de la peau causées par la syphilis.

La première partie renferme les généralités sur les affections cutanées syphilitiques. Parmi les classifications, celle de Willan paraît être la meilleure, en ce qu'elle est fondée sur les phénomènes primordiaux, essentiels, de la maladie; cependant M. Humbert intervertira l'ordre de succession établi par Willan, pour en produire un basé sur l'analogie successive des dermatoses; ainsi il placera les squammes, après les exanthèmes, les pustules après les vésicules, les tubercules après les papules, comme dérivant en quelque sorte les uns des autres. L'auteur retranchera les macules, qui ne sont jamais essentielles; mais il admettra des syphilides ulcéreuse et végétante. Comme les macules, l'alopécie n'est qu'un phénomène secondaire.

M. Humbert s'attache ensuite à démontrer l'unité de cause, c'est-à-dire la spécificité des syphilides.

Là, il combat, avec des raisons fort bien présentées, l'opinion qui rapporte au mercure les accidens causés par la syphilis. Il démontre que si le mercure produit des affections cutanées, celles-ci ne sont jamais que vésiculeuses. Quant à la nature de la cause, elle est difficile à déterminer sans doute, mais sa spécificité est suffisamment démontrée par le fait même des caractères qui sont propres aux affections vénériennes : la supposition d'un virus est encore ce qu'il y a de plus raisonnable.

Bien que les syphilides soient le plus souvent secondaires, elles peuvent cependant se montrer comme symptômes primitifs et locaux. Examinant la question de l'hérédité, M. Humbert pense que « tout enfant né avec le germe de la syphilis en présente les traces en naissant, ou dès les premiers temps de son existence. » Il ne croit point, en conséquence, à ces longues incubations susceptibles de faire éruption à tout âge.

Les formes des syphilides se réduisent toutes aux suivantes : exanthématique, squammeuse, vésiculeuse, pustuleuse, ulcéreuse, papuleuse, tuberculeuse, végétante. Toutes ces formes ont des caractères communs, qui, pour n'être pas invariables, n'en sont pas moins caractéristiques ; de même que la douleur peut manquer dans l'inflammation dont elle forme un des caractères principaux : tels sont la forme arrondie de l'exanthème ou de l'ulcération, la coloration cuivrée, le développement apyrétique, la marche irrégulière, la durée indéfinie, les traces profondes qu'elles laissent dans le tissu du derme, leur tendance à se compliquer, etc. Le mercure n'est pas, quoi qu'on ait dit, un sûr moyen de diagnostic, car d'autres exanthèmes sont influencées par lui, et les syphilides peuvent céder à d'autres agens. Ici, comme ailleurs, il n'existe aucun signe pathognomonique infaillible.

Au sujet du traitement, l'auteur combat la manie de prétendre expliquer l'action de tous les remèdes, et se déclare pour l'empirisme raisonné ; ce qui fait déjà pressentir qu'il est partisan du mercure. De ce que ce remède employé sans discernement a donné lieu à des accidens plus ou moins graves, il n'en est pas moins avéré qu'il est et restera le moyen le plus héroïque. Or, voici les conclusions auxquelles l'auteur est amené : 1° Le mercure est de tous les remèdes le plus efficace pour guérir les symptômes syphilitiques sans inflammation vive. 2° Il ne faut pas y recourir chez les sujets faibles et irritables, et dans les cas où les symptômes sont accompagnés de forte inflammation ou affectent la marche aiguë. 3° Les occasions d'appliquer convenablement ce remède se rencontrent fréquemment quand l'affection est secondaire, constitutionnelle, et rarement quand elle est primitive. 4° Dans tous les cas de symptômes primitifs, il faut n'y recourir qu'après avoir épuisé les moyens antiphlogistiques.

Suivent des considérations pratiques sur l'emploi des diverses préparations mercurielles simples ou combinées. Nous pourrions ici relever quelques inexactitudes ou dissidences avec les autres formulaires, qui du reste ne comportent pas de graves conséquences. Les sudorifiques, bains de vapeur, sulfure d'antimoine, muriate d'or, antiphlogistiques, sont successivement appréciés.

La deuxième partie comprend l'histoire particulière des diverses formes de maladies cutanées syphilitiques ; les descriptions et les préceptes sont appuyés d'observations particulières, en général fort intéressantes.

Nous avons dit un mot de l'esprit de l'ouvrage, nous en ajouterons un autre au sujet de la forme. Le style de M. Humbert est quelquefois entortillé et embarrassé de longues périodes, qui rendent le sens obscur et la lecture laborieuse ; à part ce petit défaut, nous nous plaisons à reconnaître que ce manuel est composé avec méthode, et peut être utile à une époque où la pathologie cutanée est si peu cultivée par la généralité des médecins. F.

Annuaire médico-chirurgical ou Répertoire général de clinique, rédigé par M. Carron du Villards. Septième année, 1832. 670 pages in-8°.

C'est incontestablement une chose utile qu'un livre qui résume tout ce que les journaux et les sociétés savantes ont produit de substantiel dans le cours de l'année ; utile surtout pour les praticiens modestes qui, n'ayant pas le goût et le loisir de scruter journellement les éphémérides de la science, sont heureux de trouver quelque main laborieuse qui leur en épargne la peine, et leur présente, comme on dit vulgairement, les morceaux tout mâchés. C'est en cela que nous félicitons M. Carron du Villards d'avoir continué l'Annuaire médico-chirurgical. Mais un travail de compilation tel que celui-ci comporte plus de labeur et d'art qu'on ne pense, car il ne suffit pas d'offrir des résumés lucides, il faut encore les présenter dans un ordre méthodique et logique en quelque sorte. Nous n'assurerons pas que la marche adoptée par l'auteur soit absolument la meilleure, mais elle a du moins l'avantage de la simplicité ; il a eu le bon esprit de s'appesantir particulièrement sur le but essentiel de la science médicale, la thérapeutique.

La première partie comprend la médecine. L'auteur débute par les maladies réputées générales, telles que la syphilis : cyanure de mercure, iodure de mercure ; angine syphilitique : solution de sublimé en topique, spéculum appliqué au diagnostic ; onglade : chlorure d'or, etc. Viennent ensuite les mille et un traitemens appliqués au choléra épidémique. Cet article occupe cent vingt-deux pages du volume. Puis la fièvre intermittente : méthode endermique, hydro-ferro-cyanate de quinine, poudre de Perreti, narcotine, etc. Fièvre typhoïde : chlorure de sodium, café. Scarlatine : belladone. Rougeole : lotions froides, soufre. Variole : influence de la vaccine, éruption intestinale, embrocations huileuses, calamine. Suette miliaire.

Nous passons aux phlegmasies, encéphalite : saignée du pied, affusions. Hydrocéphale : calomel, ponction. Hémiphlégie intermittente. Ramollissement cérébral. Angines : cautérisation, saignées. Aphonie : nitrate d'argent. Croup intermittent. Pneumonie : antiphlogistiques, tartre stibié, purgatifs. Gastrite et entérite : toniques, vésicatoires, purgatifs, etc. Colique de plomb : hydro-chlorate de morphine, alun, acide sulfurique, croton tilium. Métrite puerpérale : mercure. Diarrhée : péroxyde de fer. Rhumatisme : morphine, cyanure de potassium, acétate d'ammoniaque. Phlegmasia dolens : iode.

Hydropisies. Ascite : antiphlogistiques, sirop de pointes d'asperges, suc de sureau, écorce de racine de caïnça, gaz oxydule d'azote, lait, digitale.

Névroses. Tétanos : douches froides, frictions d'alcali végétal caustique, émolliens et sédatifs. Chorée : bains froids, tartre stibié, cimacaire à

grappes. Névrose du tube digestif : sous-nitrate de bismuth. Epilepsie : ipécacuanha. Tic douloureux : datura-stramonium, carbonate de fer, méthode endermique, sulfate de quinine. Céphalalgie : quinquina pris par le nez. Delirium tremens : antiphlogistiques.

Aménorrhée : sangsues aux mamelles. Leucorrhée et blénorrhée : styrax. Diabétès : tannin et opium.

La deuxième partie du volume comprend la chirurgie. L'auteur débute par l'ophtalmologie, qu'il voudrait réhabiliter en France. Mémoire d'Himly sur l'exploration des maladies oculaires. Amaurose : antiphlogistiques, vésicatoires, cautérisation de la cornée transparente, strychnine. Choroïdite : mémoire de Mak nsie. Ophthalmie grave : saignées, purgatifs, séton. Ophthalmie nerveuse : frictions de pommade de belladone. Taies de la cornée ; laudanum. Blépharite chronique : pommade de Desault, poudre du professeur Bénédict, pommade d'extrait de jusquiame. Héméralopie : collyres toniques, vésicatoire, calomel.

Fractures : appareil tardif, appareil inamovible. Fracture du col fémoral : appareil de Gresely.

Luxations des vertèbres : réduction. Luxation du poignet : rare selon M. Dupuytren ; simulée par la fracture. Hernies : frictions de belladone sur l'anneau, repos prolongé ; étranglement du sac, étranglement gazeux ; guérison par gangrène ; entérotome de M. Dupuytren. Ulcères traités par bandelettes. Plaies du canal de sténon. Sutures. Section des nerfs pratiquées par Delpech. Amputations à lambeaux. Ligatures d'artères. Torsion. Eau styptique. Staphylodénie de M. Bonfils. Accouchemens : seigle ergoté, déchirure du périnée. Cancer utérin : amputation du col. Polypes utérins : excision. Cystocèle vaginal : pessaires de M. Reguetta. Fistule vésico-vaginale : obturateur de M. Dugès. Paraphymosis : procédé de Valther. Procidence du rectum : excision des plis de l'anus, Rétraction des doigts : débridement de l'aponévrose palmaire. Lithotripsie : instrument de MM. Heurteloup, Pravaz. Orthopédie : procédés de M. Pravaz. Résumé des travaux de l'institut et de l'académie royale de médecine. Notices nécrologiques sur Scarpa, Paletta, Delpech, Portal. Dance.

L'auteur a fait sagement de dresser la table des matières par ordre alphabétique.

La sèche récapitulation que nous venons de faire comporte en elle-même une grave leçon : c'est qu'en voyant naître chaque jour des remèdes nouveaux pour une même maladie, nous sommes portés à nous demander si le mot progrès, appliqué à l'art de guérir, n'est pas une amère dérision.

DICTIONNAIRE DE MÉDECINE,

Ou Répertoire général des sciences médicales, etc.;

Par MM. Adelon, Béclard, Bérard, Biett, etc.

Deuxième édition, entièrement refondue et considérablement augmentée. Tomes III et IV (le Ve est annoncé). (1)

Après avoir, dans une analyse un peu détaillée, cherché à donner à nos lecteurs une idée générale de cette deuxième édition d'un ouvrage qui se trouve dans la bibliothèque de la plupart des médecins de notre époque (Revue médicale, sept., 1832), nous nous sommes bornés à signaler dans une courte notice quelques-uns des articles principaux du tome II du dictionnaire (Revue médicale, mars 1833). Nous ferons de même aujourd'hui pour les tomes III et IV publiés déjà depuis quelque temps, nous réservant toutefois de développer dans une analyse plus étendue les articles, tant des tomes parus que de ceux à paraître, qui nous paraîtront devoir être l'objet d'une discussion spéciale, comme offrant le tableau de l'état actuel de la science considérée sous le point de vue de la doctrine.

Le tome IV termine la lettre A et commence la lettre B qui dans la première édition était contenue presque toute entière dans le tome III. Cette augmentation de matières est tout à l'avantage des souscripteurs, car elle a été nécessitée par l'addition d'une Bibliographie raisonnée, due toute entière au zèle et à l'instruction de M. Dezeimeris. Cet auteur a fait tous ses efforts pour qu'elle pût suppléer à l'historique fort peu travaillé par plusieurs collaborateurs du Dictionnaire. Outre cette addition importante et dont nous avons déjà fait sentir tous les avantages, le développement plus grand donné à la plupart des articles, soit qu'ils aient eu pour auteur les collaborateurs de l'ancien Dictionnaire, soit qu'ils aient été fournis par des collaborateurs nouveaux, ne peut être également considéré que comme une véritable amélioration.

Dans le tome III, M. Trousseau s'est longuement étendu sur l'action thérapeutique des préparations antimoniales, la plupart fort négligées de nos jours. Sans ajouter une foi entière à certaines assertions que pourraient tout au plus se permettre des praticiens blanchis sous le harnais, nul doute qu'on ne doive applaudir aux efforts de l'auteur et que les résultats qu'il publie ne soient de nature à appeler toute l'attention des médecins, surtout de cette portion éclairée et défiante qui ne se décide qu'avec maturité et connaissance de cause.

M. Dezeimeris a consacré quelques pages à l'histoire plutôt qu'à l'examen de l'animisme. Cet article fort concis et un peu obscur semble renvoyer au mot vitalisme, une discussion de doctrine que nous ajournerons comme l'auteur : Celui-ci, d'ailleurs, ne nous paraît pas toujours avoir assez soigneusement distingué ce qui est hypothèse proprement dite, de ce qui est bien réellement l'expression d'un

(1) Nos lecteurs savent que cet ouvrage, réuni au Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques, est réimprimé à notre Etablissement Encyclographique. — Le second volume a paru, les autres se suivront de près.

fait dans les théories qu'il a cru pouvoir rapporter à l'animisme.

M. Ferrus, dans l'article Asthme, s'est évertué à faire concorder ses opinions de praticien sur l'existence d'un asthme nerveux ou idiopathique, avec les théories de la médecine organique ou anatomique du jour, qui veulent que là où il n'y a pas d'altération matérielle appréciable aux sens on en suppose une quelconque pour la plus grande gloire de la doctrine.....; mais j'avoue que je n'ai pas toujours bien suivi le fil des raisonnemens un peu prolixes et un peu embrouillés de l'auteur.

L'auscultation jugée un peu légèrement dans la première édition du Dictionnaire, a été étudiée avec le soin convenable dans cette seconde édition. Les articles Anévrysme, Apoplexie, Arsénic, Asphyxie et beaucoup d'autres, présentent aussi des additions et des modifications importantes; en sorte que nous n'hésitons pas, au défaut d'ouvrages classiques plus homogènes et rédigés sous l'influence d'une philosophie plus assurée, à recommander comme un monument scientifique d'une utilité incontestable, la deuxième édition du Dictionnaire de médecine.

G.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

Séance du 27 août.

Choléra-morbus.

M. Double, au nom de la commission du choléra-morbus, lit une suite de rapports sur différens mémoires relatifs à cette maladie, les uns envoyés par le ministre, les autres adressés directement à l'Académie. Ces mémoires présentant peu d'intérêt, et n'ayant été l'objet d'aucune discussion, nous n'en parlerons pas. Il n'en a pas été de même du mémoire du D.r M. Halphen, touchant le choléra-morbus de la nouvelle-Orléans. Dans ce pays, le choléra épidémique sévit simultanément avec une épidémie de fièvre jaune, et M. Halphen écrit *de visu*. Il fait connaître d'abord les localités qui réunissent au plus haut degré toutes les causes d'insalubrité, et rappelle entr'autres le tremblement de terre qui, en 1811, bouleversa tout ce pays. Il insiste surtout sur le vice des cimetières placés au voisinage de la ville, occupant les parties les plus basses du terrain, et dans lesquels les cadavres sont plutôt immergés qu'enterrés. Il vient ensuite à la description de l'épidémie elle-même. Dans l'été qui précéda la double épidémie, on observa, dit-il, des fièvres remittentes pernicieuses, des gastro-céphalites, des entérites; en septembre, quelques cas de fièvre jaune se montrèrent, et dès le milieu d'octobre cette maladie fut déclarée épidémique; jamais elle n'avait été si intense dans le pays, et dans presque tous les cas elle réclama la saignée générale au début et le traitement antiphlogistique. C'est aussi au milieu d'octobre que le choléra éclata, et ses ravages furent tels, que la Nouvelle-Orléans perdit le septième de sa population, et que sur une population de 50,000 ames il y eut jusqu'à 500 morts par jour. — Le 12 novembre, il s'éleva un vent du nord, le froid survint subitement, et en trois jours le fléau cessa presque entièrement. Selon M. Halphen, le choléra fut apporté de Saint-Louis à la Nouvelle-Orléans par le bateau à vapeur la Constitution. Son mémoire contient 57 observations particulières; 8 ou 10 sont relatives à des cas de choléra éclatant chez des sujets atteints de fièvre jaune, et l'on y voit que le traitement antiphlogistique réclamé par la fièvre jaune favorisait le développement du choléra. On y voit aussi que la présence du choléra rend tout-à-coup moins intense la fièvre jaune, et qu'en général la première de ces maladies, affection toute-asthénique domine la seconde, maladie essentiellement sthénique. M. Halphen vante, comme lui ayant presque toujours réussi, le sulfate de quinine associé à la thridace; ces médicamens étaient donnés ou en pilules, ou en potion, ou en lavement : toutes les 15 ou 20 minutes, jusqu'à la réaction, on une pilule faite avec trois grains de sulfate de quinine et un grain de thridace, ou une cuillerée d'une potion faite sur six onces de liquide avec quarante grains de sulfate de quinine, et six à dix grains de thridace; ou des quarts de lavement contenant six à dix grains de sulfate de quinine, et deux à quatre grains de thridace, sous l'influence de ces médicamens, il vit presque toujours la réaction s'établir, et le choléra devenir une maladie régulière et durable. La commission donne beaucoup d'éloges au mémoire de M. Halphen, qu'elle propose de renvoyer au comité de publication. — M. Rochoux croit les éloges donnés par le rapporteur exagérés, et, selon lui, M. Halphen a augmenté le nombre de ses guérisons. — M. Chervin parle dans le même sens, et comme preuve il fait remarquer que si le traitement conseillé par M. Halphen était si efficace, on n'aurait pas vu en avril dernier le choléra faire à la Nouvelle-Orléans des ravages tels, que la population a dû quitter la ville. — M. Castel avance que la coexistence du choléra et de la fièvre jaune n'est pas nouvelle, et elle a été observée sur l'équipage d'un navire dont parle Lind. — MM. Serres et Ferrus disent au contraire avoir recueilli de personnes venant de la Louisiane, de témoignages favorables à la méthode thérapeutique de M. Halphen.

Tarentisme.

Le docteur Salvatore di Renzi lit une note sur le tarentisme, affection hypochondriaque et convulsive causée par la piqûre d'un insecte, la tarentule. C'est dans la partie sud-est du royaume de Naples, vis-à-vis la Grèce, dans la province dite d'Otranto ou de Salentins, que le tarentisme est le plus commun. L'insecte qui l'occasione appartient à la famille des araignées, et est appelé par Aristote phalangio; sa grosseur et sa couleur sont variables. Son poison agit sur le système nerveux et produit une espèce de monomanie hypochondriaque. D'abord au lieu de la piqûre, phlogose circonscrite; puis le gonflement se communique aux parties voisines. Quelques heures après, le malade devient triste, morne, silencieux; il éprouve des angoisses, des resserremens à la poitrine, des vertiges, des nausées, des vomissemens; cela dure quelques jours, après lesquels le malade reste dans une espèce d'hébétude; et le seul souvenir de son malheur, le retour de la chaleur de l'été, la vue d'un malade atteint du même mal lui causent des accès hypochondriaques violens. Le traitement consiste à faire danser les malades au son d'un violon, ou d'une cornemuse; et les médecins expliquent le bon effet de ce moyen par la sueur qu'il détermine, et l'influence qu'il exerce sur l'imagination. Ils employent aussi la thériaque et l'ammoniaque à l'intérieur, et le savon ammoniacal à l'extérieur. M. Salvatore di Rienzi, combat les médecins qui regardent le tarentisme comme une affection hypochondriaque produite par la simple action du climat. Selon lui, il faut toujours la piqûre de l'insecte, et il en cite deux observations qu'il a recueillies; l'une sur un enfant de trois mois, et l'autre sur un moissonneur qu'on fit piquer par l'insecte pendant son sommeil. Dans les deux cas, la maladie fut guérie par la musique. Ce mémoire est envoyé à l'examen de MM. Andral père, et Virey.

La séance a été terminée par la lecture d'une note de M. Cherroy, sur les suites malheureuses d'un accouchement, note sur laquelle nous reviendrons à l'occasion du rapport auquel elle donnera lieu; et

par la présentation qu'a faite M. le docteur Husson, de la chevelure d'une femme morte à l'Hôtel-Dieu. Cette chevelure est feutrée comme dans la plique, moins la lésion des bulbes et du cuir chevelu.

Séance du 3 septembre.

Choléra.

M. le docteur Chervin revient sur le mémoire de M. Halphen, qui a occupé l'Académie dans la dernière séance. Des renseignemens qu'il a recueillis depuis cette séance lui ont appris que M. Halphen exerçait sans titre la médecine à la Nouvelle-Orléans, et que ce n'est que depuis peu que cet écrivain s'est fait recevoir officier de santé. Il persiste à croire que M. Halphen a exagéré ses succès, et en effet, on ne parlait pas de son remède au commencement de l'épidémie; ce remède ne réussissait pas alors plus qu'aucun autre : si plus tard il a été suivi de guérison, cela est arrivé de même aux remèdes des autres médecins. Enfin, des lettres récentes et le Courrier de la Louisiane annoncent que le choléra y cause une mortalité effroyable, et cela ne devrait pas être, si le remède de M. Halphen était si efficace. M. Gérardin revient sur ce fait remarquable de la coexistence de la fièvre jaune et du choléra sur le même individu : il a vainement cherché dans Lind le cas que dit avoir vu M. Castel. Aucun des médecins des Indes orientales n'a parlé de cette simultanéité, qui, au contraire, est mentionnée souvent par les médecins des Indes occidentales. Du reste, il se demande ce que peut être l'état d'un homme affecté à la fois de deux maladies, dont l'une lui ferait perdre la partie séreuse du sang, tandis que l'autre lui en ferait perdre la partie colorante. M. Rochoux, par suite de cette remarque, doute même de la coexistence annoncée par M. Halphen.

M. Ferrus lit la première partie d'un mémoire sur la marche du choléra dans l'hospice de Bicêtre, et sur les ravages qu'il a produits parmi les aliénés. Il en résulte, contre l'opinion reçue, que les aliénés sont, comme les autres hommes, soumis aux influences épidémiques; que la sécurité dont ils jouissent ne diminue pas pour eux la gravité des accidens et qu'il est tout aussi nécessaire pour eux de chercher à les préserver. Nous reviendrons sur ce travail, lorsque l'auteur en aura achevé la lecture. M. Villermé seul a combattu cette proposition de M. Ferrus, que les épidémies vont généralement de l'est à l'ouest; il a assuré que la nourriture des prisonniers de Bicêtre est moins mauvaise que celle des Bons pauvres; enfin il a avancé que le choléra est plus dangereux pour les deux âges extrêmes que pour les âges intermédiaires, et en effet les vétérans de l'hospice n'ont eu, sur 160 hommes, qu'un cholérique.

La séance a été terminée par la lecture d'un mémoire de M. Bergeon, sur un procédé de son invention pour l'abaissement de la cataracte, avec une aiguille nouvelle. Nous reviendrons sur ce mémoire lors du rapport des commissaires, MM. Demoups, Sanson et Velpeau.

Séance du 11 septembre.

Grossesse extra-utérine péritonéale.

M. J. Cloquet, au nom de M. Mojon, de Gênes présent à la séance, lit l'observation suivante : Une femme de 78 ans, morte, est apportée dans l'amphithéâtre d'anatomie de M. Mojon; dans la cavité abdominale on trouva une tumeur qui occupait la cavité droite du petit bassin, adhérait intimement par un tissu cellulaire très épais à la vessie, au vagin et à la matrice, cartilagineuse à l'extérieur, sans communication aucune avec les parties adjacentes, et qui contenait dans son intérieur un fœtus entièrement momifié, de la forme et de la grandeur d'un fœtus de trois mois. L'examen le plus attentif ne put faire découvrir si ce fœtus s'était détaché de l'ovaire ou de la trompe, où était sorti de la matrice ou du vagin par une rupture particulière; la femme avait été mère de trois enfans, avait toujours joui d'une bonne santé, et était morte de vieillesse à l'hôpital. M. Mojon croit que cette grossesse extra-utérine datait au moins de trente années, et que le fœtus, d'abord desséché, s'était ensuite incrusté de phosphate de chaux. M. Mojon, dans sa note, rappelle plusieurs exemples semblables que possèdent déjà les fastes de la science.

M. J. Cloquet regarde ce fait comme un exemple du genre de grossesse qu'on a appelé péritonéale, mais dont on a contesté l'existence dans l'espèce humaine. M. Breschet croit que ce fait ne doit pas faire cesser le doute qui existe à cet égard : chargé d'examiner avec Béclard tous les faits de la science sur cette question, tous leur parurent manquer de l'authenticité nécessaire. — M. J. Cloquet réplique, qu'au moins le fait est bien constaté chez les animaux; lui-même a vu dans des chattes des tumeurs enkystées qui renfermaient des fœtus de chat bien développés, et ces tumeurs n'avaient d'adhérence qu'avec les vaisseaux du péritoine. — M. Velpeau pense que le fait est même certain pour l'espèce humaine; il en cite deux observations qui lui sont propres, et dans lesquelles les fœtus de trois mois n'avaient aucune liaison ni avec les ovaires, ni avec les trompes, ni avec la matrice. — M. Capuron en cite une qui lui est commune avec M. Lisfranc. — M. Deneux dit que les grossesses de ce genre arrivent rarement à terme, et qu'il est facile d'errer à leur égard : dans le voyage qu'il vient de faire à Naples, il a assisté à l'ouverture du corps d'une femme qui présenta, selon les assistans, une grossesse péritonéale; mais, selon lui, ce n'était qu'une grossesse tubaire. — M. Esquirol, sur la provocation de M. Velpeau, cite un cas qu'il a observé sur une femme de 68 ans, dans laquelle la tumeur, contenant un fœtus, était sans aucune liaison avec les organes génitaux. — M. Moreau dit que chez la femme, il reste toujours un peu de doute sur la question de savoir si le fœtus tient encore à l'un ou l'autre des organes génitaux qu'il doit traverser; ou si, tombé de l'un d'eux dans le ventre il est sans aucune communication avec eux : mais dans les animaux, le fait est certain; et il a vu, il y a quelques années, une femelle de lapin renfermant un certain nombre de fœtus flottans et détachés dans l'abdomen. — M. Lisfranc soutient que le fait est constant pour la femme elle-même.

Bassin-mannequin.

M. Mayor, de Lausanne, présente à l'Académie le modèle d'un bassin fait en fil métallique; ce fil n'en figure que les crêtes ; et comme il est flexible, et que ces crêtes laissent entre elles de grands vides, il en résulte qu'on peut imiter toutes les déviations que peut présenter le bassin, et suivre des yeux toutes les manœuvres de l'accouchement.

Tarentisme.

M. Virey, au nom d'une commission, lit un rapport sur la note communiquée dans la précédente séance, par M. le docteur de Renzi, de Naples. La commission ne pense pas que les deux faits rapportés par M. de Renzi aient rien de concluant en faveur du tarentisme; elle demande expressément que l'Académie ne se prononce pas sur la réalité d'une maladie dont elle doute. M. Huzard appuie cette conclusion, de la commission, par une citation de l'ouvrage de Serrao, sur le tarentisme, et la lecture de l'extrait qu'en a donné Vicq-d'Azyr, dans l'éloge de ce médecin napolitain. M. Duméril ajoute que des observations récentes, faites par Léon Dufour, établissent que l'insecte à la piqûre duquel on attribue le tarentisme n'est pas vénéneux. MM. Andral et Deneux appuient ces opinions de témoignages qu'ils ont recueillis sur les lieux. L'Académie se borne à ordonner le dépôt aux archives de la note de M. de Renzi.

Choléra.

M. Maingault lit un mémoire sur le choléra dont les gallinacés ont été atteints. Il est établi dans ce mémoire que, par les symptômes et les lésions cadavériques, la maladie a été chez les gallinacés ce qu'elle a été chez l'homme. M. Gasc rapporte à ce propos que dans le même temps des maladies ont été observées chez les poissons : il demande si l'on n'a pas remarqué que les végétaux eux-mêmes avaient été affectés.

Séance du 17 septembre.

M. Breschet revient sur la question des grossesses péritonéales; il soutient que ces grossesses ne sont prouvées ni pour notre espèce, ni pour les femelles des animaux. Ce qui a pu contribuer à induire en erreur, c'est la possibilité que pendant le séjour de deux germes dans l'utérus, l'un pénètre dans l'autre, ainsi que cela était dans le cas du jeune Bissieu, observé par M. Dupuytren, et dont l'histoire est consignée dans le bulletin de la Faculté. Combien l'erreur est-elle plus possible chez les femelles des animaux, à cause du nombre plus grand des fœtus, des lieux où ceux-ci se développent, etc. M. Breschet désire que M. Mojon se procure les renseignemens les plus exacts sur le cas dont il a entretenu l'Académie. M. Gasc rappelle au contraire, à l'appui de la possibilité des grossesses péritonéales, le fait rapporté par M. le professeur Lallemant, de Montpellier, dans sa thèse inaugurale, d'une femme qui surprise par un indiscret, au moment du coït, éprouva aussitôt une douleur dans un des côtés du ventre, et qui huit mois après périt d'une grossesse extra-utérine dont le fœtus était placé en ce lieu.

Pansemens et appareils.

M. Mayor, de Lausanne, fait la démonstration des bandages dont il se sert pour maintenir les fractures. Tout se réduit pour lui à une seule pièce, ou de toile de lin, ou de coton, ou de soie, ou de laine, qu'il dispose en carré long, ou en triangle, ou en cravatte, et avec laquelle il satisfait à toutes les indications. Ce chirurgien cependant n'exclut pas absolument l'emploi des compresses, coussins, attelles, etc.

Éclampsie.

M. Dugès lit un mémoire intitulé : De l'éclampsie des jeunes enfans comparée avec l'apoplexie et le tétanos. Dans la première partie de ce mémoire, M. Dugès établit que l'éclampsie est une maladie convulsive des enfans, due sans doute à une irritation idiopathique ou sympathique de l'encéphale, mais surtout de la substance corticale des circonvolutions du cerveau et du cervelet. Dans une seconde partie, M. Dugès compare l'éclampsie à l'apoplexie, et il montre la première de ces maladies, tantôt tenant à un état apoplectique qui la détermine ou dérive de la même cause qu'elle, tantôt suivie d'un état apoplectique qui en est l'effet, ce qui lui donne dans l'un ou l'autre cas primitivement ou secondairement, l'état apoplectiforme. Souvent alors, pendant qu'il y a convulsion dans la partie du corps opposée au côté du cerveau qui est irrité, il y a paralysie dans le côté opposé. Souvent aussi, aux symptômes d'apoplexie ou d'asphyxie avec lesquels s'est présenté l'enfant à la naissance, succèdent ceux de l'éclampsie. Souvent enfin les symptômes de ces diverses affections, apoplexie, asphyxie, éclampsie, se confondent plus ou moins, et il n'est pas toujours facile, dans les premières heures de la naissance, de distinguer à laquelle de ces maladies on a affaire, et quelle est celle qui a déterminé les autres, au cas qu'elles co-existent. Du reste, si souvent à la naissance c'est l'apoplexie qui détermine l'éclampsie, plus tard c'est au contraire l'éclampsie qui amène l'apoplexie. Que de fois, chez les enfans de quatre et cinq ans, atteints de convulsions, comme chez les femmes en couche, ne voit-on pas un épanchement se faire dans l'intérieur du cerveau, et laisser à sa suite une hémiplégie! Le mémoire de M. Dugès contient diverses observations qui sont autant d'exemples de ces divers cas. Enfin, dans une troisième partie de son mémoire, M. Dugès compare l'éclampsie au tétanos des nouveau-nés; selon lui, ces deux maladies sont identiques, et on a eu tort de faire de la dernière une maladie nouvelle et comme exclusive aux Antilles. Il en cite diverses observations dans lesquelles le tétanos se montre tantôt général, tantôt partiel, et consistant en un trismus, tantôt primitif et tantôt consécutif. Dans ce cas l'éclampsie se montre, non avec la forme épileptique ou la forme apoplectique, mais avec la forme tétanique. — L'Académie renvoie ce mémoire à son comité de publication.

Séance du 24.

M. le docteur Græfe, de Berlin, assiste à la séance. Il donne des détails sur l'institut ophthalmologique de Berlin.

Grossesse abdominale.

M. Capuron reprend la discussion sur les grossesses abdominales, et objecte aux raisonnemens de M. Breschet, sur la présence d'un fœtus dans l'abdomen du jeune Bissieu, que ce fœtus était entrée par intrusion dans l'intérieur du corps de ce jeune homme. Si on l'eut rencontré chez une jeune fille, soit avant, soit même après l'époque de la nubilité, on n'eût pu conclure à une grossesse abdominale. Un fœtus monstrueux, comme l'était celui-là, n'a point de membrane extérieure, n'a point de cordon, au lieu qu'un fœtus qui n'est que déplacé porte avec lui ses annexes qui montrent son origine. M. Breschet réplique que dans les quatre-vingts et tant de cas qu'il pourrait citer, la distinction établie par M. Capuron ne saurait être admise. Tout intrus qu'il est, un fœtus de cette nature se développe et ne peut se développer que parce qu'il tient au reste de l'organisation par ses membranes ou ses vaisseaux. Il a ou il a donc eu des annexes, leur défaut actuel n'a rien de concluant. Le fœtus présenté par M. Mojon n'avait ni membrane ni cordon. Le cas cité par M. Gasc, d'après M. Lallemand, est celui d'un fœtus trouvé entre l'ovaire et la trompe : il n'était donc pas abdominal.—M. Capuron dit avoir trouvé un fœtus dans la partie supérieure de la cuisse. — M. Ollivier ajoute que ce fœtus était dans une enveloppe péritonéale, et qu'il en a vu beaucoup de ce genre. M. Velpeau soutient que le fait de grossesses abdominales est aujourd'hui hors de doute. Ces grossesses ont été bien constatées par divers médecins. Elles sont plus communes qu'on ne pense.

M. le docteur Stoltz, de Strasbourg, lit un mémoire sur l'accouchement prématuré artificiel. Rapporteurs, MM. Moreau et Paul Dubois.

ACADÉMIE ROYALE DES SCIENCES.

Séance du 2 septembre.

Gélatine.

M. Grouvelle, en adressant le compte rendu imprimé des hôpitaux civils de la ville de Metz, appelle l'attention sur les attestations favorables à l'emploi de la gélatine. Il insiste entr'autres sur la remarque que, dans l'hospice civil des Vieillards, il y a moins de maladies depuis qu'on y fait usage de cette substance. Une lettre manuscrite du secrétaire-contrôleur des hôpitaux de Metz, renferme aussi à ce sujet des renseignemens détaillés.

Statistique mortalité.

M. Moreau-de-Jonnès lit un mémoire, ayant pour titre : Etudes statistiques sur la mortalité dans les différentes contrées de l'Europe. Les causes qui agissent en Europe sur les mouvemens de la population ont, dit l'auteur, une influence bien plus puissante sur la mortalité que sur la réproduction. Pour les naissances, le maximum est à peine le double du minimum; pour les morts, il est presque le triple (22, 59) dans les temps ordinaires. D'après les tableaux faits par M. Moreau-de-Jonnès, sur divers documens officiels, il meurt annuellement, dans les Etats romains et les anciennes possessions Vénitiennes, 1 sur 30. — Italie, Grèce, Turquie, 1 sur 30. — Pays-Bas, France, Prusse, 1 sur 39. — Suisse, empire d'Autriche, Portugal, Espagne, 1 sur 40. — Russie d'Europe, Pologne, 1 sur 44. — Allemagne, Dannemarck, Suède, 1 sur 45. — Norvège 1 sur 48. — Irlande, 1 sur 53. — Angleterre 1 sur 58. — Ecosse et Irlande, 1 sur 59.

On peut remarquer que deux grandes causes déterminent surtout le rapport de la mortalité à la population : ce sont l'influence du climat et celle de la civilisation. Le climat favorise éminemment la prolongation de la vie lorsqu'il est froid, et même lorsqu'il est rigoureux, ou lorsque l'humidité du voisinage de la mer se joint à une basse température. Les contrées méridionales, dont le climat semble si favorable à l'espèce humaine, sont au contraire celles où la vie court le plus de hasards. Les lieux de la Zone-Torride, dont on a calculé la mortalité, montrent quelle influence pernicieuse exerce sur l'existence de l'homme une haute température. Ainsi, à Batavia à 6° 10' de latitude, la mortalité est de 1 sur 26 1/2 — Trinitad, 10° 10', 1 sur 27. — Sainte Lucie, 13° 54', 1 sur 27.—Martinique, 14° 44', 1 sur 28. Guadeloupe, 15° 69', 1 sur 27. — Bombay, 18° 86', 1 sur 20. — Havane, 23° 11', 1 sur 33.

La résistance de la vie diffère entre les tropiques, selon les races d'hommes, et sa durée est dans le même lieu double ou triple de ce qu'elle est pour les autres. Ainsi, à Batavia, en 1805, les Européens comptent 1 décès sur 11 individus; les Esclaves, 1 sur 13; les Chinois 1 sur 29, les Javanais, 1 sur 40.—A la Guadeloupe, de 1816 à 1824; les blancs, 1 sur 23 1/2; les affranchis, 1 sur 35. — A la Martinique, 1817, les blancs, 1 sur 24; les affranchis, 1 sur 33.

On peut rapprocher de cette mortalité de la Zône torride celle qui a lieu à Madère, le seul établissement tropical de la Zone tempérée. Heberden a calculé que dans cette île les décès étaient sensiblement dans le rapport de 1 à 50 avec le nombre total des habitans.

Les effets qu'exerce sur la mortalité le degré de perfection plus ou moins grand de l'économie sociale ne sont pas moins étendus que ceux dont la cause réside dans l'action du climat. Ainsi, en Suède la mortalité, qui de 1754 à 1763, est de 1 sur 34, n'est plus que de 1 sur 45, de 1820 à 1825. Une grande diminution se remarque également en Dannemarck, en Allemagne, en Russie, en Hollande, en Italie. Dans la Grande-Bretagne, de 1787 à 1789, elle est de 1 sur 43, et sur 47, de 1800 à 1804. Dans l'Angleterre seule en 1690, 1 sur 53; en 1821, 1 sur 58. En France, 1776, 1 sur 25 1/2; en 1825, 1827, 1 sur 39 1/2. La mortalité est restée la même en Russie et en Norvège depuis 30 ans; elle s'est accrue dans le royaume de Naples. Greesmilch évaluait il y a 80 ans, la moyenne de mortalité dans l'ensemble de toutes les contrées de l'Europe à 1 sur 36. D'après les calculs de M. Moreau, elle ne serait aujourd'hui que de 1 sur 40; de sorte que dans cette supposition elle aurait diminué d'un neuvième. Mais l'auteur du mémoire pense que l'évalution du statisticien allemand est beaucoup trop faible, et que la mortalité devait être pour le temps où il écrivait, au moins de 1 sur 30, de sorte qu'il y aurait, en effet, une diminution beaucoup plus grande.

Vice de conformation congénitale du cerveau.

M. Deschamps lit un mémoire sur un cas de ce

genre non encore indiqué par les auteurs. L'individu qui fait le sujet de cette observation était un homme nommé Merme, âgé de 43 ans lorsqu'il a succombé aux suites d'une fracture du fémur accompagnée d'une luxation coxo-fémorable du côté opposé. Lorsque l'individu a été présenté à l'hôpital, il y avait aberration des facultés intellectuelles, et cette aberration n'était pas récente. Sa physionomie d'ailleurs était celle d'un idiot ; cependant il ne parait pas qu'il le fût au dernier degré, puisqu'on l'a entendu adresser des reproches à un malade placé dans un lit voisin du sien, parce qu'il s'imaginait que cet homme était la cause de tous ses maux. Les membres étaient en grande partie impropres aux usages ordinaires en raison de diverses déformations et contractures. Le cerveau a présenté ; 1° un prolongement anormal de la scissure de Sylvius à la face supérieure de l'hémisphère gauche ; 2° deux ouvertures accidentelles, distinctes, autour desquelles les circonvolutions cérébrales sont plissées, ouvertures qui établissent une communication de la périphéric de l'encéphale avec les parties centrales ; 3° à la face supérieure des hémisphères une division trifide lobulaire.

Quarantaines et lazarets.

M. Chervin lit un Mémoire sur les quarantaines et les pertes occasionées par les mesures sanitaires. Dans une des précédentes séances de l'Académie, M. Ségur-Dupeyron, secrétaire du conseil supérieur de santé, avait présenté un travail dans lequel il cherchait à démontrer que les quarantaines rigoureuses auxquelles nos navires seraient soumis dans les ports étrangers, si on les en dispensait chez nous, leur causeraient un préjudice beaucoup plus considérable que celui qu'ils subissent dans l'état actuel des choses. Ce résultat était appuyé de chiffres et de documens officiels. C'est à ce travail, sur lequel M. Double avait fait un rapport favorable, mais qui fut combattu par MM. Gay-Lussac, Poinsot, Navier, Magendie, etc., que répond M. Chervin. Cet auteur commence par contester le principe posé par M. Dupeyron, que les populations qui se sont trouvées le plus fréquemment en contact avec les maladies appelées pestilentielles, sont, en Europe, celles où la doctrine de la contagion compte le plus de partisans. Cette proposition est surtout inexacte appliquée à l'Amérique, puisqu'à la Nouvelle-Orléans, l'une des villes qui ont le plus souffert de la fièvre jaune, les quarantaines ont été abolies dès 1825 ; quant à l'Espagne, c'est surtout au défaut de liberté de discussion que l'on doit attribuer l'état de l'opinion publique sur ce sujet. Mais d'ailleurs, en Espagne on est moins sévère sur les quarantaines qu'à Marseille. L'administration est en France plus contagioniste qu'en Espagne ; c'est elle qui a mis jusqu'ici les plus grands obstacles aux améliorations que réclame impérieusement le système sanitaire Européen. Le meilleur moyen, dit M. Chervin, de tranquilliser les populations contre la crainte d'un danger quelconque, c'est de leur prouver par de faits positifs que ce danger n'existe pas ; et c'est ce qu'aurait fait certainement l'expérience commencée, il y a neuf ans, par la Hollande et l'Angleterre, si l'intervention inopportune de la France ne fut venue malheureusement en arrêter le cours. — M. Chervin entre ensuite dans de grands détails de calculs pour montrer que M. Dupeyron a estimé trop bas les frais de quarantaine supportés par les navires. Il montre en outre que les quarantaines sont encore préjudiciables au commerce par les avaries qui en sont la conséquence, soit à bord des bâtimens, soit dans les lazarets où certains produits éprouvent des détériorations plus ou moins considérables ; elles peuvent même donner lieu à la perte des bâtimens, soit en les retenant dans de mauvais mouillages, soit en les privant de secours dans les cas de détresse, car lorsque, pour rendre service, il faut perdre sa liberté pendant trente ou soixante jours, ou se voir fusiller pour récompense, on y regarde à deux fois. Il cite plusieurs exemples connus de ce résultat funeste des mesures sanitaires. — M. Chervin signale encore le silence qu'a gardé M. Dupeyron sur les pertes occasionées au commerce par la destruction des marchandises et des effets pour cause de salubrité publique. Les quarantaines sont encore nuisibles, parce qu'elles retiennent de grands capitaux hors de la circulation et diminuent d'autant le mouvement des affaires ; parce qu'elles peuvent placer le commerce d'un pays dans des circonstances plus défavorables que celui des pays voisins, et lui donner ainsi du désavantage sur les marchés étrangers, et c'est précisément ce qui nous arrive relativement à l'Angleterre, qui ne soumet, pour ainsi dire, les provenances du Nouveau-Monde à aucune quarantaine, et qui réduit considérablement celle que nous l'avons obligée d'imposer de nouveau à son commerce de l'Egypte et du Levant ; enfin, les quarantaines sont nuisibles à la marine de l'Etat, dont un douzième des vaisseaux sont constamment en quarantaine. On conçoit les graves inconvéniens qu'aurait, en cas de guerre, ce système de mesures sanitaires, et l'avantage laissé par là à un ennemi qui se moquerait de la contagion. — M. Chervin termine ainsi : « Je crois avoir prouvé par ce qui précède que les dépenses et les pertes occasionées à notre commerce par les mesures sanitaires sont loin d'être aussi minimes que l'a prétendu M. Ségur-Dupeyron dans son mémoire, et qu'il est par conséquent très urgent d'abolir ou de modifier considérablement ces mêmes mesures, même à ne considérer leurs funestes effets que dans le point de vue purement matériel, et en laissant absolument de côté tout ce qui intéresse l'humanité et les relations sociales, choses cependant bien dignes de notre sollicitude. Il me reste maintenant à exposer les moyens qui me paraissent les plus propres pour obtenir une prompte réforme du système sanitaire européen. »

Séance du 16.

Deux lettres de MM. Souberbielle et Civiale, relatives à la statistique des maladies calculeuses, donnent lieu à une vive discussion.

— M. Julia-Fontenelle présente un mémoire, intitulé : Recherches médico-légales sur les guillotinés et sur l'existence de la douleur après la décolation. L'auteur reproduit les discussions et la plupart des expériences connues sur ce sujet, et en conclut, contrairement à l'opinion générale des physiologistes, que la guillotine est un des genres de mort les plus terribles, les plus atroces qui aient pu être inventés ; que les douleurs de la décolation sont effroyables, et qu'elles durent jusqu'à la presque extinction de la chaleur vitale. — M. Costallat lit un mémoire sur un nouveau procédé qu'il a inventé,

pour la dilatation des voies naturelles. Nous en parlerons à l'occasion du rapport.

Séance du 23.

Traitement de la rage.

M. Buisson écrit qu'un Traité sur l'hydrophobie, adressé en 1823, est de lui, et que l'individu, désigné comme guéri de la rage, est lui-même. Il regarde son moyen comme tellement certain, qu'il offre de s'inoculer la maladie. Il demande que son mémoire soit admis au concours pour le prix Monthyon. Voici ce que l'auteur raconte de sa maladie et de sa guérison :

Il avait été appelé près d'une femme qui depuis trois jours était atteinte d'une maladie qu'on disait être l'hydrophobie. Elle poussait des cris aigus, se plaignait d'un sentiment de constriction à la gorge, écumait et crachait continuellement. Les voisins de la malade dirent qu'elle avait été mordue 40 jours auparavant par un chien enragé. Elle-même ne confessait pas être hydrophobe, et soutenait que ces accidens dépendaient de son temps critique Sur ses instantes prières, elle fut saignée, et mourut deux heures après, ce qui se pouvait prévoir d'ailleurs avant l'opération. M. Buisson, qui avait les mains couvertes de sang, prit, pour les nettoyer, un linge qui avait servi à essuyer la bouche de la malade. Il avait alors à un des doigts une ulcération dépendante d'une carie; cependant il crut qu'il détruirait les effets de cette imprudente application du linge imbibé de salive en se lavant ensuite avec de l'eau pure. Le neuvième jour, étant en cabriolet, il sentit tout-à-coup une douleur dans la gorge, et une plus grande encore dans les yeux. Son corps lui paraissait si léger qu'il semblait qu'il aurait pu, en sautant, s'élever à une hauteur prodigieuse; la peau du cuir chevelu était si sensible, qu'il aurait pu, à ce qu'il pensait alors, compter tous ses cheveux sans les voir. La salive lui venait continuellement à la bouche. L'impression de l'air, la vue des corps brillans lui causaient une sensation très pénible. Il éprouvait, dit-il, un besoin de courir et de mordre, non les hommes, mais les animaux et les corps inanimés. Enfin, il buvait avec peine, et la vue de l'eau le fatiguait beaucoup plus que la douleur de gorge. Les accidens se reproduisaient de cinq en cinq minutes, et il lui semblait que les douleurs commençaient par le doigt malade, et s'étendaient de là jusqu'à l'épaule. A l'ensemble de ces symptômes il se jugea atteint de la rage, et résolut de mettre fin à sa vie en s'étouffant dans un bain de vapeur. Il poussa la chaleur jusqu'à 42°, et alors il fut aussi surpris que charmé de voir cesser tous les accidens. Il sortit de la salle guéri, dîna largement et but plus qu'à son ordinaire. Depuis ce temps il dit avoir traité par le même moyen plus de 80 personnes mordues, chez quatre desquelles la rage était déclarée. Toutes, à ce qu'il assure, ont été guéries, à l'exception d'un enfant de sept ans qui mourut dans le bain même.

Le traitement qu'il prescrit aux personnes mordues consiste à prendre un certain nombre de bains de vapeur dits à la Russe, et à se faire suer toute les nuits violemment en s'enveloppant d'une couverture de laine et se couvrant d'un lit de plumes. On favorise la transpiration en buvant en abondance une décoction chaude de salsepareille. Comme preuve de l'utilité d'une transpiration copieuse et continue dans cette maladie, il raconte l'anecdote suivante : Un parent du musicien Grétry fut mordu par un chien enragé, ainsi que beaucoup d'autres personnes, qui toutes moururent hydrophobes. Pour lui, sentant les premiers symptômes de la maladie, il se mit à danser nuit et jour, disant qu'il voulait mourir gaîment. Il guérit. — M. Buisson cite encore à ce propos les vieilles histoires de tarentisme guéris par la danse. Il fait observer enfin que les animaux chez lesquels on observe le plus souvent la rage se développer spontanément, chiens, loups et renards, sont des animaux qui ne suent pas.

COMPTE RENDU OFFICIEL DES SÉANCES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE.

Séance du 19 juillet.

Choléra. — Péricardite. — Apoplexie. — Empyème.

(Présidence de M. Roche.)

M. Duparcque fait part à la société d'un cas de choléra-morbus observé par lui, il y a huit jours. Un homme de soixante-quatre ans, après les fatigues d'un déménagement, sort dans l'après-midi; il éprouve des nausées qui n'ont pas de suite. Le lendemain il sort après son repas, où il avait mangé des haricots rouges. Aux environs du Palais-Royal, il est pris d'accidens cholériques et obligé de se faire transporter chez lui : vomissemens, selles de matière cholérique, crampes, cyanose, extrémités froides, peau conservant les plis qu'on lui imprime, lenteur et petitesse du pouls; tels sont les phénomènes qui se développent avec rapidité. La sensibilité de l'épigastre fait prescrire une application de sangsues, application qui n'a pas eu lieu. On donne une potion éthérée; les symptômes se dissipent graduellement, et la convalescence est complète trente-six heures après l'invasion.

M. Latour a observé, il y a quinze jours, un cas semblable chez un lampiste de la rue de la Verrerie. Le malade éprouvait quelques douleurs abdominales depuis trois jours; alors nausées, selles de matière liquide et blanchâtre, crampes, cyanose, froid des extrémités et de la langue, lenteur du pouls. Quinze sangsues sont appliquées à l'anus : le dévoiement, la cyanose et les autres symptômes se dissipent bientôt, et le malade entre en convalescence.

M. Roche rappelle que plusieurs cas de choléra ont été observés dans les hôpitaux, notamment à la Charité, dans le courant de juin.

Plusieurs membres font observer qu'il en est du choléra comme de la plupart des épidémies, qui sont suivies de quelques cas de maladie se montrant par intervalles, mais ayant perdu de leur gravité primitive; ils ne pensent pas que ce soit une raison de croire que la maladie nous restera comme sporadique.

M. Prus entretient la société des raisons qu'il a de considérer la péricardite comme une maladie plus fréquente et moins grave qu'on ne le pense généralement; il se fonde particulièrement sur la fréquence des adhérences du péricarde, qu'on observe à l'autopsie des vieillards morts de toute autre maladie. La péricardite échappe souvent au diagnostic, et guérit sans avoir été connue.

M. Collineau pense qu'il faut distinguer la péricardite en aiguë et chronique, suivant l'intensité de

sa marche. Dans la péricardite aiguë, bien dessinée, on rencontre souvent à l'autopsie des productions pseudo-membraneuses figurant des poils ou des alvéoles; il en a vu cinq ou six de cette espèce, dont une chez une femme, à la suite de couches (péricardite secondaire ou par métastase), terminée par la mort. Il croit aussi que la péricardite est fréquente, aussi bien que la pleurésie; l'une et l'autre se guérissent de la même manière, en laissant des adhérences.

M. Prus en a observé trois cas depuis deux jours : dans l'un, les feuillets pariétal et viscéral adhéraient immédiatement; dans les deux autres, existaient des brides membraneuses.

M. Duparcque en a de même observé bon nombre à l'hospice de Bicêtre. Une fois le cœur était revêtu de longues et nombreuses villosités. Il a remarqué que les individus chez lesquels on rencontre cet état pathologique étaient fréquemment affectés d'asthme.

M. Collineau pense que ce qui différencie la péricardite de la pleurésie, sous le rapport de la fréquence apparente, c'est que la seconde est fréquemment accompagnée de douleur; ce qui est rare dans la première.

M. Prus dit que la douleur est un symptôme assez fréquent dans la péricardite; le pouls est très variable dans cette maladie; il est lent et développé, ou petit et fréquent.

M. Forget dit que parmi les observateurs qui ont le plus avancé l'histoire de la péricardite, il faut mentionner M. Louis, qui a aussi remarqué la fréquence de la péricardite non soupçonnée, et la variabilité de ses symptômes; selon lui, la matité précordiale est le seul phénomène constant; il est dû à l'épanchement de sérosité, épanchement qui souvent fait saillir le sternum; puis viennent, dans l'ordre de fréquence et d'importance, les désordres circulatoires, la douleur précordiale, la dyspnée, les syncopes, etc.

M. Prus nie que la matité soit un symptôme constant, parce que l'épanchement lui-même ne l'est pas.

M. Mérat rappelle que Corvisart considérait aussi la péricardite comme fréquente; c'est à elle qu'il attribuait les plaques cartilagineuses qu'on rencontre souvent dans le péricarde; il dit que la douleur aiguë l'accompagne souvent.

M. Sellier fait remarquer que la péricardite est fréquente, et souvent latente chez les enfans. A l'état chronique, les épanchemens sont rares, et il n'existe le plus souvent que des pseudo-membranes.

M. Prus communique une observation d'apoplexie méningée (Voyez mémoires et observations), et qui est en opposition avec les idées de M. Serres, lequel prétend que l'apoplexie méningée n'entraîne pas la paralysie du mouvement.

M. Collineau trouve que l'opinion de M. Serres est en désaccord avec le principe de physiologie pathologique qui enseigne que la paralysie est l'effet de la compression, quels que soient son siége et sa source. Néanmoins, comme il existe des cas de paralysie sans épanchement, et des cas d'épanchement sans paralysie, il faut bien admettre que la règle souffre des exceptions.

M. Prus dit que ces cas exceptionnels sont fort rares, et que l'absence de cause doit le plus souvent être attribuée à l'insuffisance des investigations.

M. Collineau rapporte qu'un homme ayant un squirre obstruant le col de la vessie, avec dysurie, fut affecté d'un hydrothorax qui se développa sans douleur et fut suivi de paralysie; à l'autopsie, l'on ne rencontra rien dans le cerveau; les cas analogues ne sont pas rares. Il y a, dit M. Collineau, des paralysies par affections idiopathiques du cerveau. M. Roche pense que ces paralysies sans épanchement sont le plus souvent dues au ramollissement cérébral.

M. Tanchou rapporte l'observation d'une demoiselle de dix ans qui, ayant eu la coqueluche à l'automne dernier, fut, au printemps, affectée d'une bronchite avec fièvre, accompagnée d'une douleur siégeant d'abord au côté droit de la poitrine, qu'elle abandonna pour passer à la hanche du côté opposé, puis elle remonta au dos et à l'épaule. On conseilla une application de sangsues, qui fut rejetée par les parens et par un médecin consultant, qui trouva le cas trop peu grave. Cependant la maladie se prolonge, la malade languit; tout-à-coup un épanchement pleurétique s'opère dans le côté gauche du thorax. Un autre médecin consultant envoie la jeune malade respirer l'air de Passy; la maigreur augmente, les alimens provoquent des vomissemens, la fièvre persiste : vésicatoires volans, cautères, dérivatifs intestinaux sont employés sans succès; mais une tumeur se déclare sous la mamelle, d'abord sans douleur ni rougeur; mais bientôt l'abcès se dessine, les tégumens amincis deviennent rouges, les tégumens environnans s'infiltrent jusque sous l'aisselle; un coup de lancette procure l'évacuation d'un pus abondant de belle nature, mais fortement odorant; quoique l'évacuation ait été abondante, la tumeur diminue peu, et les efforts de toux favorisent l'écoulement, qui rend la respiration plus facile. On entretient l'ouverture au moyen d'une éponge préparée. Bien que les crachats affectassent une odeur semblable à celle du pus, on ne peut croire à la communication du foyer avec les bronches. L'écoulement dura quinze jours; il ne survint pas de fièvre qu'on redoutait, et la guérison fut accomplie au bout d'un mois. Outre l'intérêt que cette observation d'empyème spontané comporte par elle-même, elle nous apprend à nous défier des épanchemens sans douleur, et nous indique la nécessité de les prévenir par un traitement énergique et prompt; ce cas prouve en outre toute l'étendue des ressources que peut développer la nature.

M. Duparque fait remarquer à ce sujet la fréquence de la pleurésie latente chez les enfans.

M. Collineau a vu chez un enfant un épanchement thoracique suivi de la formation d'un abcès sous l'omoplate, abcès qui fut ouvert et suivi de la guérison de l'hydrothorax. Dans ce cas, l'abcès ne communiquait pas avec la cavité thoracique. M. Collineau pense que les épanchemens séreux sans douleur ne sont pas de nature inflammatoire : le produit de l'inflammation, ce sont les fausses membranes.

M. Roche doute que, dans le cas de M. Tanchou, l'abcès communiquât réellement avec les plèvres : les phénomènes observés s'expliquent par le siége même de l'abcès, et s'il y eût eu communication avec la poitrine, l'introduction de l'air eût probablement occasioné de graves accidens.

M. Forget, tout en reconnaissant que l'argument de M. Roche est fondé en raison, fait observer que l'introduction de l'air n'est pas toujours funeste, surtout lorsque l'épanchement est circonscrit, enkysté, et que les plèvres sont protégées par des pseudomembranes. Il rappelle des exemples d'empyèmes opérés avec succès, et particulièrement un fait de la clinique de M. Roux, concernant un individu qui, à la suite d'une affection de ce genre,

conserva pendant deux ans une fistule du thorax, et finit par guérir complètement.

Le secrétaire particulier,
FORGET.

Le secrétaire-général,
NACQUART.

SOCIÉTÉ DE PHARMACIE DE PARIS.

EXTRAIT DU PROCÈS VERBAL.

Présidence de M. BAGET.

Séance du 7 août 1833.

M. le président annonce à la Société qu'elle possède dans son sein M. Vicenti Santo de Masarnaudt, professeur de chimie et de physique au collége de Madrid. Ce savant est invité à signer la feuille de présence.

A l'occasion de la lecture du procès-verbal de la séance précédente, on fait observer que l'huile d'anis falsifiée contient jusqu'à 20 pour cent de savon et non 5 pour cent.

M. le secrétaire général donne connaissance de la correspondance imprimée, qui comprend : 1°. les numéros 11, 12 et 13 de la Gazette éclectique de pharmacie et de chimie médicale de Vérone; 2°. le numéro 6 de la Gazette électique de chimie, technologie et économie rurale et domestique; 3°. le numéro 24 de la Gazette de chimie médicale et industrielle, renvoyé à M. Chereau; 4°. les numéros 7 et 8 du Journal de Pharmacie, pour 1833; 5°. un numéro des Annales d'Auvergne, renvoyé à M. Boudet; 6°. une thèse soutenue par M. Félix Boudet, ayant pour titre : Essai critique et expériences sur le sang.

La correspondance manuscrite comprend : 1°. une lettre de M. le professeur Balcels, avec deux mémoires : l'un de M. Carbonel, traite de la préparation du prototartrate de mercure; l'autre de M. Balcels, sur l'infection en général et la contagion en particulier, renvoyé à M. Chereau qui en rendra compte; 2°. une lettre de M. Mouchon de Lyon, avec un mémoire intitulé : Examen comparatif du baume de copahu pur, et du baume de copahu du commerce, renvoyé à la commission des travaux; 3°. une lettre de M. Ricord Madiana, avec les extraits de deux mémoires, l'un, sur le lilas des Antilles, (melia semper virens); l'autre, sur la 2e. livraison de la Flore des Antilles, traitant de la poincillade, (poinciana pulcherrima); 4°. une lettre de M. Chatelain, qui remercie la Société de l'envoi qu'elle lui a fait du compte rendu des concours : cette lettre contient aussi une communication sur la réaction du potassium et du chlorure de soufre. M. Bussy est chargé de répéter les expériences indiquées par l'auteur. M. Planche, à l'occasion d'une note de M. Liébig, qui se trouve insérée dans le dernier Journal de Pharmacie, rappelle qu'il a depuis plusieurs années proposé, comme ce chimiste, le même mode de rectification de l'éther acétique (l'emploi du muriate de chaux sans distillation subséquente), et que ce procédé a été imprimé dans le tome 1er. du Journal de Pharmacie. M. Bussy rend compte des séances de l'Institut. M. Moutillard fait un rapport verbal sur le précis analytique des travaux de l'Académie de Rouen; il conclut à ce que la Société adresse des remercîmens à l'Académie de Rouen, et à ce que le volume soit déposé dans la bibliothèque de la Société. M. Thubeuf lit, au nom de M. Waflard, une note pour la préparation du sirop de framboises par un nouveau procédé, et sur une modification à apporter à la préparation du sirop de groseilles par le procédé de M. Piet Deruisseaux, renvoyé à MM. Thubeuf et Bonastre. A propos de cette note, plusieurs membres demandent la parole. M. Béral dit s'être servi d'un procédé semblable; mais que le sirop obtenu avait aussi l'inconvénient de cristalliser. M. Soubeiran dit qu'en suivant le procédé du Codex, on peut obtenir un bon sirop de framboises, mais qu'il faut que la fermentation du suc soit bien conduite. M. Blondeau a remarqué que le sirop, préparé d'après le Codex, se prend en gelée si la fermentation n'a pas été assez longue, tandis qu'il est acide si cette fermentation a été poussé trop loin. M. Raymond fait observer que les confiseurs préparent le sirop de framboises en faisant cuire le sirop à la grande nappe, qu'ils jettent les framboises dans le sirop, qu'après cinq minutes d'ébullition ils jettent le tout sur un tamis, qu'en agissant ainsi on obtient un sirop très agréable. M. Bernard Derosne dit qu'il a obtenu, en suivant ce procédé, un sirop de fraises qui était excellent. M Cap lit une notice tendant à fixer l'attention de la Société sur la nomenclature pharmaceutique; il demande qu'une commission soit nommée pour s'occuper de cet objet. Cette commission sera composée de MM. Cap, Chereau, Guibourt, Planche, Soubeiran, Beral et Desmarest. M. Chereau lit un rapport sur la Gazette éclectique; ce rapport sera envoyé à la commission des travaux. M. Pelouze présente du tannin qu'il a obtenu en traitant la noix de galles par de l'éther, contenant un dixième d'eau, et en se servant de l'appareil de MM. Robiquet et Boutron. En suivant la méthode de déplacement, le tannin était en dissolution dans la couche la plus pesante, la couche aqueuse; ce tannin est d'un blanc jaunâtre, il bleuit avec les sels de fer. M. J. Pelouze annonce qu'il s'occupe d'un travail sur ce sujet.

M. Chevalier rappelle que dans l'une des précédentes séances, M. Lodibert, qui avait pris du sirop de pointes d'asperges acheté chez M. Johnson, avait remarqué que ce sirop ne donnait pas aux urines d'odeur sensible. Pendant son séjour à Bourbonne-les-Bains, M. Chevalier a pris, ainsi que M. Bastien, pharmacien, du sirop préparé avec les pointes d'asperges, et il a été reconnu que les urines, et celle de M. Bastien, avaient acquis une odeur analogue à celle qui se développe quand on mange des asperges; il demande que cette expérience soit répétée. Le sirop avait été administré à la dose d'une once dans un verre d'eau. M. Soubeiran annonce que M. Gendrin a expérimenté avec le sirop de pointes d'asperges, et qu'il a constaté que ce sirop ne ralentissait pas la circulation, mais qu'il était diurétique. Quelques membres annoncent que plusieurs expériences ont été tentées avec l'extrait d'asperges.

M. Bonastre présente à la Société une substance végétale, que l'on prétend être tombée du ciel aux environs de Bagdad, après une longue sécheresse. Cette substance paraît appartenir à la classe des lichens, et être voisine du genre CERONICE.

MM. Planche et Boullay présentent M. Félix Boudet comme membre résidant; M. Le Canu est chargé de faire le rapport d'admission.

TABLE DES MATIÈRES

DES JOURNAUX DE PARIS, AVEC LA PAGINATION QUI SE RAPPORTE A CE VOLUME.

Les articles désignés, dans la table, par la lettre (*a*), ont été retranchés pour double emploi, ou comme objet d'intérêt local.

A. JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICALES.

Nouvelles considérations sur la pustule d'Alep; par M. le baron Alibert. 13
Du sulfate de quinine à haute dose dans le traitement des engorgemens de la rate; par M. Bally. 15
Sur l'odontalgie ou mal de dents; par M. le docteur Toirac. 16
Remarques sur le traitement des ulcérations cancéreuses par les préparations d'arsenic; par M. le baron Dupuytren. 18
Note sur la fissure à l'anus; par M. le docteur Gossement. 19
Mémoire sur l'apoplexie apparente chez les femmes pendant l'accouchement; par M. le professeur Maygrier. 19
Recherches sur le principe qui cause l'amertume dans la racine du canéficier (*cassia fistula*); par M. J.-B. Caventou. 21
Préparation d'un sirop de kermès. 23
Sur les préparations d'aconit; par M. Soubeiran. *ibid.*
Éducation physique, difformités, moyens prophylactiques et curatifs puisés dans l'orthopédie; par M. Bricheteau. *ibid.*
Institutions médicales. — Considérations et préceptes sur la manière de faire une consultation écrite; par M. L. Martinet. 25

B. ANNALES DE LA MÉDECINE PHYSIOLOGIQUE.

De l'influence du régime alimentaire dans les pays chauds et de la sobriété des Arabes du désert; par M. L. Labat. 43
De la Cyanose ou des affections diverses dans lesquels la peau présente une coloration bleue; par Labat. 47
De la nature, du siége et du traitement de la fièvre puerpérale; par M. Guérin de Mamers. 53
Sur la reproduction des sangsues; par M. Livet. 55

C. BIBLIOTHÈQUE HOMOEOPATHIQUE.

Introduction à la thérapeutique des maladies aiguës; par M. Gueyrard. 63
Expériences officielles sur l'efficacité de la méthode homœopathique. 67
Traitement homœopathique du choléra. Tableaux des guérisons obtenues en Russie et en Autriche. 71
Maladies fébriles; par le Dr Gueyrard. 75
Observations de Hahnemann sur la répétition des doses d'un même remède homœopathique. 80
Arnica montana, sa puissance pathogénétique et quelques applications thérapeuthiques; par le Dr Dufresne. 83
Tableau comparatif des symptômes odontalgiques des substances apsoriques; par X. 87
Matière médicale pure. Symptomatologie des substances nouvelles. 91

D. ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

Richelot, D. M. — Essai sur les propriétés fébrifuges de la salicine. 233
J.-T. Mondière, D. M. — Notes sur quelques maladies de l'œsophage. 240
Marcinkowski. — Considérations sur l'histoire et la nature de la plique. (Extraites, par A. Brierre de Boismont, d'un mémoire inédit du Dr....). 249
Thérapeutique. — Sur les saignées locales. 255
Emploi de l'huile de croton-tiglium dans les maladies graves des enfans. 256

E. REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

Mouvement actuel des esprits, dans la jeunesse médicale. 175
Clinique de l'Hôtel-Dieu de Lyon; par M. Brachet. 181
Tubercules développés à l'origine des nerfs des troisième, cinquième, septième et huitième paires; par M. Nélaton. 185
Extrait du rapport de M. H. Bell, sur l'observation précédente. 187
Revue des journaux anglais et américains. Coqueluche guérie par la vaccine. 188
Emphysème spontané. 189
Sur la céphalalgie chez les jeunes femmes. *ibid.*
De l'emploi de l'huile essentielle de citron dans les inflammations de l'œil. 190
Traitement du prolapsus du rectum. *ibid.*
Scarlatine maligne guérie par l'eau froide. 191
Congestion partielle du cerveau démontrant la pluralité des organes et des facultés de l'intelligence. *ibid.*
Vagissemens utérins. 192

F. TRANSACTIONS MÉDICALES.

Vice de *conformation, grossesse, opération césarienne, mort, autopsie;* par M. Bello. 135
Remarques pratiques sur les *affections de l'utérus* pendant la *gestation* et la *parturition;* par M. Gérard. 138
Rapport de M. Téallier. 142
Épanchement apoplectique dans la cavité de l'*arachnoïde;* par M. Longet. 144
Nouveau procédé pour l'amputation des doigts; par M. Ackerman.
Johnson's med. chir. rev.: Iode dans la carie. 149
Journal de Hufeland: Vaccin artificiel. 150
Exemples remarquables d'abstinence. 152

G. JOURNAL UNIVERSEL ET HEBDOMADAIRE.

Recherches physiologiques sur la circulation capillaire; par M. le docteur Poiseuille. 225
Sur la terminaison de quelques cas de volvulus par l'étranglement et la séparation totale d'une portion souvent considérable du canal intestinal; par M. Gaultier de Claubry. 227
Hôpital du Midi. Clinique de M. Ricord. Observation de tumeurs du testicule et de l'abdomen; par M. Marotte. 231
Considérations générales sur les fièvres intermittentes. des Marais; par M. Roche. 235
Hopital militaire de la rue Blanche (*division des blessés*). Inflammation phlegmoneuse de la main ou du pied; par M. Barthélemy (de Saumur). 237
Mémoire sur les Céphalœmatomes; par J.-B. Pigné. 240
Voyage médical autour du monde en 1830, 1831 et 1832, par la corvette la Favorite, commandée par M. Laplace; par M. Arnal. 248

H. JOURNAL DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE PRATIQUES.

Emploi du sègle ergoté dans le traitement des écoulemens leuchorréiques anciens et des gonorrhées chroniques. 41
Considérations pratiques sur quelques déplacemens de la matrice et les pessaires les plus convenables pour y remédier. 42
Observation et considérations pratiques sur le traitement du prurigo. 43
Nouveau mode de préparation du cérat de Galien. 44
Des honoraires des médecins, chirurgiens et officiers de santé. — De l'action en justice qu'ils ont pour leur paiement, et de la prescription de cette action. *ibid.*
Leçons cliniques de l'Hôtel-Dieu. 45

I. GAZETTE MÉDICALE.

Recherches sur les gaz de l'estomac et des intestins de l'homme à l'état de maladie; par Chevillot. 465
Choix d'observations; par le Dr Sédillot. 471
Note sur le tarentisme; par le Dr Salvatore de Benzi 476
Maladies de l'utérus et de ses annexes; par M. Lisfranc. 478
Mémoire sur les anévrismes faux primitifs et faux consécutifs; par M. Nichet. 484
Traitement du rétrécissement du rectum; par M. Tauchou. 389
Sur une maladie particulière de l'articulation du genou; par C. Hawkins. 491

J. LANCETTE FRANÇAISE, GAZETTE DES HOPITAUX.

Hôtel-Dieu (M. Chomel). Pleuro-pneumonie. 341
Hôpital Beaujon (M. Filhos). Maladie du cœur. 342
Hôpital St André, de Bordeaux (M. Moulinié). Calcul siégeant au bulbe de l'urèthre. 344
Phlébite, à la suite d'une saignée du bras; par M. Bermond. 345
Hôtel-Dieu (M. Rostan). Pneumonie aiguë. 346
Hôpital Beaujon (M. Filhos). Maladies du cœur (suite). 347
Hôtel-Dieu (M. Bailly). Rhumatisme chronique. 348
Hôtel-Dieu (M. Dupuytren). Catarrhe vésical. 350
Hôtel-Dieu (M. Chomel). Rhumatisme; phthisie pulmonaire; anévrisme du cœur; ictère. 351
Hôpital Beaujon (M. Filhos). Maladies du cœur (fin). 352
Empalement par les voies sexuelles; par M. Rey. 354
Hôtel-Dieu (M. Dupuytren). Atrophie des branches antérieures de la moelle épinière. 355
Hôpital St André, de Bordeaux (M. Moulinié). Opération d'anévrisme de l'artère fémorale. 357
Hôpital des Enfans malades (M. Guersent). Pleurésie et péricardite aiguës. 359
Leçons de M. Andral sur l'angine de poitrine. 360
Formules anti-odontalgiques. 361
Hôtel-Dieu (M. Dupuytren). Affection du cœur. 361
Eruption variolique à la peau; répercussion; accidens graves; emploi de la pommade stibiée; guérison. 363
Hôpital des vénériens (M. Ricord). Emploi de la teinture d'iode dans la cure de l'hydrocèle. *ibid.*
Leçons de M. Andral sur l'aerodynie. 365
Hôpital des Enfans malades (M. Guersent). Angine tonsillaire. — Coqueluche. 366
Hôpital de la Charité (M. Leroy d'Etiolles). Opérations de lithotripsie. 368
Leçons de M. Andral sur les convulsions. 370
Hôtel-Dieu (M. Dupuytren). Affection calculeuse, chez une jeune femme; taille utéro-vésicale. 371
Sur les fissures de l'anus avec resserrement des sphincters; par M. Miquel. 372
3 Observations de choléra algide; par M. Tanchou. 373

K. ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE.

Suicide par strangulation chez une femme privée presqu'entièrement de l'usage de la main droite; par M. Rendu. 147
Analyse de taches de sang, dans un cas d'assassinat; par MM. Chevalier et Barruel. *ibid.*
Mort par asphyxie survenu chez un enfant qui était couché dans la même chambre que ses parens; par M. Sardaillon. 149
Rapport sur l'emploi des bonbons colorés; par M. Girardin. 151
Rapport sur l'insalubrité de la viande des porcs ladres; par M. Huzard. 153

L. BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE.

Des sources ou des sujets d'indications. 207
Note sur l'emploi du cyanure de mercure dans le traitement de la syphilis; par M. le docteur Parent. 210
Note sur l'emploi des bains sulfureux dans le traitement de la chorée chez les enfans; par M. Constant. 212
Des aphtes chez les enfans et de leur traitement. 213
Traitement des fractures des membres au moyen de l'appareil inamovible. (Voyez Encyclog., lett. D, tom. XI, pag. 173.)
Remarque sur l'emplâtre de mélilot composé; par M. Servant, pharmacien. 215
De la digitale pourprée et de ses effets physiologiques et thérapeutiques; par M. Sandras. 216
Note sur l'emploi de l'oxide de zinc dans le traitement de quelques névroses chez les enfans. 220
Modification d'un nouveau procédé d'excision pour certains polypes du nez; par M. Dauvergne. 221
Considérations sur le traitement du porrigo (teigne); par M. Cazenave. 222
Posologie du pavot; par M. Boutigny. 223
Préparation d'un sirop de kermès. 224
Nouveau moyen de préparer extemporanément un looch. *ibid.*
Préparation de l'eau minérale artificielle de Pullna. *ibid.*
Note sur l'angine folliculaire et gangréneuse; par M. A. Guéroult, docteur-médecin au Bosc-le-Hard (Seine-Inférieure). 225
Bons effets du suc de la racine de sureau dans l'ascite. —Du collyre avec le deuto-chlorure de mercure dans la conjonctivite. — De l'acétate de morphine par la méthode endermique dans les névralgies; par M. L. Bonnet, médecin à Graulhet (Tarn). 226
Du lait coupé avec l'eau de chaux dans la diarrhée chronique; par M. Benaud fils, médecin à Loches (Indre-et-Loire). 227

M. JOURNAL DE PHARMACIE.

Mémoire sur les relations qui existent entre les actions électriques et les actions chimiques; par M. Bouchardat. 105
Extrait des journaux allemands. 110
Analyse de l'eau minérale de Cramaux; par M. Limouzin-Lamothe. 112

Histoire naturelle et toxique du lilas des Antilles, *melia sempervirens*, avec l'analyse chimique de ses fruits; par J.-B. Ricord-Madianna. 112
Rapport sur un mémoire de M. Fleurot; par M. Garot. 115

N. JOURNAL DE CHIMIE MÉDICALE ET DE TOXICOLOGIE.

Mémoire sur le jalap; par M. Daniel B. Smith, suivi d'observations par M. Guibourt. 73
Note sur le lactomètre; par M. Payen. 75
Chimie judiciaire. —Recherches propres à déterminer l'époque à laquelle une arme à feu a été déchargée; par P.-H. Boutigny. 76
Mémoire sur deux produits naturels de la végétation considérés comme des gommes; lu à l'Académie royale des Sciences le 30 juillet; par M. Guérin-Vary. 81
Note sur la préparation de la dextrine; par M. Payen. 84

BIBLIOGRAPHIE.

SOCIÉTÉS SAVANTES.